|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı:** İmplant üstü hareketli protez uygulamaları Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora Öğrencileri tarafından yapılmaktadır.  **İşlemden Beklenen Faydalar:** İmplant üstü hareketli protez uygulamalarında tam diş eksikliklerinin tedavisinde doğal diş konforunda hareketli protetik tedavi imkanı sağlanmaktadır. İmplant uygulaması ile hareketli protezlerde tutuculuk artırılır ve fonksiyon, estetik artışıyla birlikte hasta konforu sağlanır.  **İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşabilecek Sonuçlar:** Diş çekimi sonrası oluşan dişsiz boşluklar tedavi edilmezse o bölgede kemik ve yumuşak doku kaybı oluşur. Hastalarda çiğneme ve çene eklem fonksiyonlarında sorunlar çıkabilir.  **Varsa İşlemin Alternatifleri:** Alternatif tedavi seçenekleri doku destekli hareketli protezlerdir.  **İşlemin Riskleri Ve Komplikasyonları:** İmplant üstü hareketli protez yapımında implantın üzerini kaplayan koruyucu kapakların çıkarılması gerekir. Bu durumda rahatsızlık hissedebilirsiniz. Bazı durumlarda hekiminiz lokal anestezi uygulayarak işleme devam edebilir. Planlanan tedavi ve işlemler sırasında **lokal anesteziye\*** bağlı komplikasyonlar gelişebilir.  **İşlemin Tahmini Süresi:** Protez hekiminin önereceği tedavi planı doğrultusunda cerrahın implantı çene kemiğine yerleştirmesi ve ardından protez hekiminin implant üstü hareketli protezi tamamlamasını kapsar. Cerrahlar tarafından yerleştirilen titanyum vidalar kemikle bütünleştikten sonra yaklaşık (2-6 ay) yapılan hareketli protezleri kapsamaktadır. İmplant üstü hareketli protezler için öncelikle radyografik değerlendirme yapılmalıdır. İmplantın çene kemiği iyileşmesi tamamlandıktan sonra ölçü alımı, alt yapı prova, dişli prova ve bitim seansı olmak üzere 4 ayrı işlem basamağı içermektedir. Protez işlemleri, karşılaşabilecek problemlere bağlı olarak (firma tarafından gerekli malzeme temini, teknisyen gecikmeleri ve hasta randevularına gelmeme durumları gibi) 1 ay sürebilir.  **İşlem Sırasında Bilmeniz Gerekenler:**   * Her implant sistemi firmaya göre değişiklik göstereceğinden hekiminiz implant firmanızın ismini sizden isteyebilir. İmplant sistemlerinde firmadan gelen özel parçalar kullanılmakta veya implantınıza uygun özel parçalar üretilmektedir. * Her implant sistemi firmaya göre değişiklik göstereceğinden hekiminiz implant firmanızın ismini sizden isteyebilir. İmplant sistemlerinde firmadan gelen özel parçalar kullanılmakta veya implantınıza uygun özel parçalar üretilmektedir. * İmplanta dair ek parçaların gerektiği durumlarda firmanızdan bu parçaları almanız gerekebilir. Bu mali işlemler size ait olacaktır. * İmplant üstü hareketli protez yapımında implantın üzerini kaplayan koruyucu kapakların her işlem provasında çıkarılması gerekir. Bu durumda rahatsızlık hissedebilirsiniz. Bazı durumlarda hekiminiz lokal anestezi uygulayarak işleme devam edebilir. * İmplantın üzerini kaplayan koruyucu kapakları fırçalamalı ve temizliğine dikkat etmelisiniz. Kapaklarda gevşeme olması durumunda vakit kaybetmeden hekiminize başvurmalısınız. * İmplant tedavisi sonrasında protez içinde kullanılan titanyum parçalarının vidaları gevşeyebilir. Protezlerinizde hareketlenme ve protezin düşmesi söz konusu olabilir. Bu durumda hekiminize başvurmalısınız. * İmplant üstü hareketli protez bitimi sonrasında implanta ait parçaların aşınması ve eskimesi söz konusu olabilir. Böyle bir durumda gerekli parçaları firmanızdan satın almanız gerekir. Satın alma ve mali işlemler size ait olacaktır. * Tedavi sonrasında ağzınızın içinde gelişen yaralar, doku büyümesi gibi şüphelendiğiniz herhangi bir durumda vakit kaybetmeden hekiminize başvurunuz.   İmplant üstü hareketli protez tedavi işlemimin Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora Öğrencileri tarafından yapılmasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, tedavinin neden gerektiğini, tedaviden beklenen faydaları, içerdiği riskleri ve oluşabilecek problemleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olaylar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyor ve onaylıyorum.   * (LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım’ YAZARAK İMZALAYINIZ)  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Adı Soyadı | İmza | Tarih ve Saat | | Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi (\*)  -yakınlık derecesi |  |  | …../…../20…. …. : ….. | | Bilgilendirmeyi yapan Hekim |  |  | …../…../20…. …. : ….. | | Tercüman (kullanılması halinde) |  |  | …../…../20…. …. : ….. | |