|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı:** Flep operasyonu işlemleri Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora Öğrencileri tarafından yapılmaktadır.**İşlemden Beklenen Faydalar**: Dişeti hastalığının ileri seviyede olduğu durumlarda bu operasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Bu işlem sırasında dişetleri açılarak diş köklerine ve hastalıklı kemiğe daha rahat ulaşılması sağlanır. İltihaplı ve hastalıklı dokular uzaklaştırılıp, diş kök yüzeyleri dikkatle temizlenir ve sonrasında dişetleri eski pozisyonunda dikilir. Dişeti hastalığının tedavisi ile ileride oluşabilecek diş kayıplarının önlenmesi, dişeti iltihabının yok edilmesi, dişeti kanamasının azalması ve sağlıklı dişetlerine kavuşma bu işlemden beklenen faydalardır.**İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşabilecek Sonuçlar:** Diş taşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi ve sık aralıklarla kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir. Ancak dişeti problemleri devam edebileceğinden dişeti çekilmeleri, dişin çevresindeki kemikte kayıplar, dişteki sıcak soğuk hassasiyeti artabilir, kök çürükleri oluşabilir ve hatta devamında diş kayıpları meydana gelebilir.**Varsa İşlemin Alternatifleri:** Alternatif tedavi yöntemi yoktur. Devamında hastaya diş taşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi işlemi belirlenen dönemlerde tekrar uygulanabilinir.**İşlemin Riskleri Ve Komplikasyonları:** Operasyon öncesinde **lokal anestezi\*** uygulanır.Operasyon sırasında hafif şiddetle ağrı ve hassasiyet oluşabileceği gibi operasyon sonrasındaağrı, şişlik, enfeksiyonun yayılması, dişlerde ve çevre dokularda his kaybı, komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması, çevre bölgede bulunan sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi, sinüs boşluğunun ağız bölgesine açılması, çene ekleminin travmaya uğraması, çene açmada kısıtlılık, çenede ve ağız kenarlarında ezikler ve morluklar görülebilir. İşlem başarı ile sonuçlansa ve dişeti iltihabı yok edilse dahi işlem sonrasında hastalıklı dokuların işlem sırasında uzaklaştırılmış olmasına bağlı dişeti çekilmeleri, geçici soğuk-sıcak hassasiyetleri ve dişlerde hafif sallanma görülebilir.\* Lokal anesteziye duyarlılık, önceden geçirilmiş bir alerji hikayesi, mevcut sistemik hastalıklar (kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon gibi diğer genel sağlıkla ilgili rahatsızlıklar), ya da sürekli kullanılan bir ilaç var ise mutlaka hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak komplikasyonlardan hekiminiz sorumlu değildir.Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, kanama, geçici ya da kalıcı sinir harabiyeti ve beklenmeyen alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar; kaşıntı, döküntü, bulantı, kusma, solunum zorluğu, kalp atışında artış (taşikardi) veya azalma (bradikardi) çok düşük bir ihtimalle ölüm şeklinde olabilir. Açlık var ise bazen bayılmalara neden olabilir.Eğer lokal anestezi uygulaması yapıldıysa; uygulanan bölgede yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizlik devam edebilir. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar.**İşlemin Tahmini Süresi:** Operasyon alanının genişliği, karmaşıklığı ve işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı değişkenlik göstermekle birlikte tahmini Süresi: 30-60 dakika olabilir.**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Ameliyat öncesi veya sonrası antibiyotik, kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar, ağız gargaraları reçete edilebilir. Bunları önerilen süre ve şekilde kullanmak gerekmektedir. Önerilen ilaçların prospektüsünde belirtilmiş olan yan etkiler görülebilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Periodontal patlar (yara bölgesini dış etkenlerden koruma amaçlı kullanılan yara bölgesinde sertleşip bölgenin şeklini alan materyal) gerekli durumlarda kullanılabilir. **Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Operasyon sonrasıçok sıcak veya soğuk ve sert gıdalardan uzak durulmalıdır.Bu süre boyunca sigara içilmemelidir.Atılan dikişler operasyondan 1 hafta sonra alınır. Bir haftalık süreçte verilen ilaç ve gargaralar düzenli kullanılmalıdır. Hekimin önerileri dikkate alınmalıdır Diş fırçalama, ara yüz temizliği (dişipi/arayüz fırçası) operasyon bölgesine özel olarak önerilen talimatlara ve ağzın diğer bölgelerinde uygulanan rutin hijyen kurallarına uyulmalı ve ihmal edilmemelidir.**Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Mesai saatleri içerisinde Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine, mesai dışı saatlerde açık olan Ağız, Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM)’lere başvurulabilir.**Periodontal Cerrahi Girişim Kliniği Düzen ve Kuralları:** İşlemin uygulanması esnasında başvurulması gerekebilecek acil bir müdahaleye engel olmaması ve sterilizasyon ilkelerine uygun olmak amacıyla işlem öncesine görevliler tarafından hastaya takması için galoş ve bone verilecektir. İşlem öncesine başı ve boynu kapatan kıyafetler çıkartılarak müdahaleye uygun hale getirilmelidir. Hastanın kişisel eşyalarını refakatçisine bırakması uygun olacaktır. Kişisel eşyaların kliniğe sokulması durumunda bu eşyaların sorumluluğu sağlık personeline ait değildir.Gerekli tedavi işlemlerinin, 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 ‘Üç sayfadan oluşan 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…. …. : ….. |

|  |
| --- |
| **Revizyon Takip Tablosu** |
| **Revizyon. No** |  **Tarih** | **Açıklama**  |
| 0023 | 31.07.2024 | 25.07.2024 tarihinde Ana Bilim Dalı Başkanlığından gelen Dokuman Talep Formu doğrultusunda güncellendi. |

 |