|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı:** İmplant cerrahisi uygulamaları Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora Öğrencileri tarafından yapılmaktadır.  İmplant cerrahisi, çene kemiği içine kendi dişlerinizin kökleri gibi görev yapacak olan titanyum esaslı silindirik vidaların (implant) yerleştirilmesi işlemlerini kapsamaktadır. Yerleştirilecek olan implantların boyutlarına göre çene kemiğinde yuvalar hazırlanmaktadır ve sonrasında bu yuvaya implantlar yerleştirilmektedir. Yetersiz kemik dokusunun mevcut olduğu durumlarda, cerrahi bölgeye kemik benzeri bir dokunun oluşmasını sağlayacak materyaller (greftler) ve bu greftlerin üzerini zar şeklinde örten bir membranla kapatılması gibi ek cerrahi işlemler uygulanabilir.  **İşlemden Beklenen Faydalar:** İmplant uygulaması eksik dişlerin tedavisinde doğal diş konforunda sabit bir protetik tedavi imkanı tanımaktadır. İmplant uygulaması ile klasik sabit protez yapımında gerekli olan dişsiz bölgeye komşu olan dişlerin kesilmesi/küçültülmesi işlemine gerek kalmamaktadır. Hareketli protezlerde ise tutuculuğun artırılmasına yardımcı olarak kullanılabilir. 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 ve komşu dişlerde boşluklara doğru kayma ve boşlukların kapanması veya devrilmesi sonucu bu dişlerde de sorunlar görülebileceği gibi çiğneme ve çene eklem fonksiyonlarında sorunlar çıkabilir.  **Varsa İşlemin Alternatifleri:** Alternatif tedavi seçenekleri dişsiz bölgedeki komşu dişlerin kesilmesi ve onlarla birlikte oluşturulan en az üç üyeli standart sabit protezler veya daha fazla diş eksikliklerinde planlanan hareketli protezlerdir. Bu seçeneklerde fonksiyon, estetik ve hasta memnuniyeti daha sınırlı karşılanır.  **İşlemin Riskleri Ve Komplikasyonları:** Planlanan tedavi ve işlemler sırasında **lokal anesteziye\*** bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Bu risklerden başlıcaları arasında; tedavi süresince ağrı ve rahatsızlık hissi, şişlik, enfeksiyon, kanama, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, sinüs veya burun boşluğunun açılması, temporomandibuler eklem bozukluğu, geçici veya kalıcı hissizlik ve alerjik reaksiyonlar, ateş yükselmesi, halsizlik, sinir yaralanmasına bağlı dokuda geri dönüşlü veya kalıcı olan hissizlik veya felç, mevcut protezlerin çıkarılması ve tedavi sonrasında değiştirilme gereksinimi, dişlerde sallanma, implant çevresinde enfeksiyon, implantın erken veya geç dönemde görülen kemik kaybıyla birlikte tedavi başarısızlığı ve ilgili implantın kaybı, ilgili diş bölgesine implantın yerleştirilememesi nedeniyle protez aşamasında estetik kusurlar sayılabilir.  \* 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:** 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.  **Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Operasyon sonrasıçok sıcak veya soğuk, sert gıdalardan uzak durulmalıdır.Bu süre boyunca sigara içilmemelidir.Atılan dikişler operasyondan yaklaşık 7-10 gün sonra alınır. Dikişlerin ağızda bulunduğu 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.  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** | | 0025 | 31.07.2024 | 25.07.2024 tarihinde Ana Bilim Dalı Başkanlığından gelen Dokuman Talep Formu doğrultusunda güncellendi. | |