|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Lütfen Hasta Etiketini Buraya Yapıştırınız** |   **Genel Bilgilendirme**    Sayın hasta/velisi/vasisi,  Lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.  Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız. Formda ayrıca tedavi göreceğiniz kliniklerde yapılacak işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek ya da vermemek sizin kararınıza bağlıdır. Mevcut sistemik hastalıklar, alerjiler, kullanılan ilaçlar ve genel sağlık durumu ile ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.  Acil Durum Varlığında Temasa Geçilecek Kişi Adı ve Soyadı:  Telefon:  **1-BİLGİLENDİRME**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ- ÇENE** | **TEŞHİS** | **PLANLANAN TEDAVİ** | | **DİŞ MORFOLOJİSİNE GİRİŞ** |  |  |   **1.1 Dental implant:** Dental implant ameliyatı hasta isteğine bağlı olarak yapılan bir cerrahi işlemdir. Dental implantlar tek ya da çoklu diş eksikliklerinde uygulanan cerrahi ve protetik işlemlerdir ve köprü protezi ya da hareketli bölümlü protetik restorasyonlara alternatif olarak uygulanırlar.  **1.2 Tedaviden Beklenenler:**  İmplantların yerleştirilmesi için uygulanacak cerrahi işlem diş eti dokularının kesilerek kaldırılması ve çene kemiğinin açığa çıkarılması ile başlar. Bu işlemi implant yuvasının hazırlanması takip eder. İmplant yuvası kullanılacak olan implant için uygun frezler kullanılarak istenilen büyüklüğe gelene kadar genişletilerek hazırlanır. Daha sonra hazırlanan bu yuvalara uygun genişlikte ve uzunlukta implantlar yerleştirilir. İmplant yerleştirilmesini takiben kesilen doku dikilerek yara kapatılır. İşlem sonrasında operasyon bölgesine dikiş atılır, tampon konulur. Atılan dikiş 1(bir) hafta sonra alınmalıdır. Bu bir haftalık süreçte hastaya bir takım ilaçlar kullandırılır (antibiyotik+gargara+ağrı kesici ayrıca hastaya ilk 24 saat buz/soğuk sonraki 2-3 gün sıcak uygulaması operasyon sonrası oluşması muhtemel şişliği, ağrıyı ve morarmayı minimuma indirmek için tavsiye edilir). Cerrahi işlemi takiben en az iki hafta boyunca ya da hekiminizin önerdiği süre boyunca herhangi bir hareketli ya da sabit protez kullanılmamalıdır. İhtiyaç duyulması halinde herhangi bir yumuşak doku düzensizliği mevcudiyetinde bu düzensizliği düzeltmek için, ilave cerrahi işlem gerekebilir.  Dental implantlar tek aşamalı veya çift aşamalı olarak yerleştirilebilirler. Tek aşamalı teknikte implant yerleştirildikten sonra implantın bir kısmı dişetinin üzerinden görülebilir ya da çift aşamalı teknikte ilk aşamada implant dişetinin altında kalacak şekilde yerleştirilir ve belirli bir iyileşme sürecinden sonra implantın üzerindeki dişetinin üzeri ikinci bir cerrahi işlemle açılarak üzerine iyileşme başlığı yerleştirilir. Tek ya da çift aşamalı dental implant işleminin hangisinin en uygun olacağına cerrahınız ve protez uzmanınız karar verecektir.  Bazı vakalarda implant yerleştirilmeden önce veya implant yerleştirildikten sonra ek malzemelerin uygulanması gerekebilir. Bu materyaller kemik oluşturucu greft materyalleri (sentetik, başka canlılardan veya kendi vücudunuzdan elde edilmiş olabilir), doku iyileşmesini yönlendirici membranlar ve bunları sabitleyici fiksasyon materyalleri olabilir. Bu materyallere ihtiyaç işlem öncesinden bildirileceği gibi operasyon sırasında da öngörülemeyen şekilde ihtiyaç duyulabilir. Doktorunuz ihtiyaç duyması halinde bu materyalleri kullanmadan önce mutlaka onayınızı alacaktır.  **1.3 Tedavi Yapılmazsa:** Herhangi bir tedavinin uygulanmayabilir, ağız durumuna göre yeni sabit veya hareketli protez yapılabilir.  **1.4 Olası Riskler**: Birkaç gün sürebilecek şişlik ve konforsuzluk, ek tedavi gerektiren uzun süreli veya ağır kanama, komşu diş veya diş köklerinin zarar görmesi ile kanal tedavisi gereksinimi doğması, ek tedavi gerekebilecek işlem sonrası iltihaplanma, ağız köşelerinde gerilime bağlı yaralanma, ameliyat bölgesinde yaygın şişlik ve renk değişimi, çene eklemindeki ağrı ve hassasiyete bağlı olarak ağız açmada zorluk ve kısıtlılık, operasyon bölgesinde çenedeki ya da yumuşak dokudaki sinir dallarının zedelenmesine bağlı olarak çenede, dudaklarda, yanaklarda, dişetinde, dilde geçici ya da %5-10 ihtimalle kalıcı uyuşukluk ya da hissizlik, ağrı olabilir (uyuşukluk ya da hissizlik durumu felçle karıştırılmamalıdır). Üst çenede uygulanan cerrahiler sırasında sinüs veya burun boşluğunun açılabilir, sinüzit bulguları gelişebilir ve iyileşme süreci uzayabilir. Bu süre birkaç günden birkaç aya kadar değişebilir. Çene kemiğinde kırılma ve buna bağlı olarak ilave sabitleme (fiksasyon) materyallerinin kullanılması gerekebilir. Dental implant tedavisinin garantisi yoktur her cerrahi gibi komplikasyonlar gelişebilir ve implantın çene kemiği ile istenilen şekilde birleşmemesi görülebilir.  Uygun şekilde iyileşmiş implantlar için de belirli bir ömür belirtilemez. İmplantın kaybı durumunda implant çıkarıldıktan sonra bölge temizlenerek iyileşmeye bırakılır ve iyileşme sürecini takiben yeniden implant uygulanabilir. Protezin kaybı durumunda genellikle ilave bekleme süresine ihtiyaç duyulmadan protez yenilenebilir.  Sigara içmek operasyon sonrası enfeksiyon ve kanama riskini arttırdığı gibi implantın başarısını da belirgin biçimde azaltmaktadır. Sigara içen hastalarda 2-3 hafta önceden sigaranın bırakılması önerilir. Sigara içen hastalarda dental implant ve implant öncesi ve sonrası hazırlık aşamalarının başarısı hekimden bağımsızdır.  Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir.  Kaygı ve korkusu davranış yönlendirme teknikleri ile giderilemeyen hastalarımızda tedaviler hem lokal hem de sedasyon/genel anestezi altında gerçekleştirilebilir. Hem lokal hem de sedasyon/genel anestezinin riskleri vardır. Cerrahi anestezi veya sedasyonun (hastayı tam uyutmadan sakinleştirmek) tüm formlarında komplikasyon, yaralanma ve hatta ölüm olasılığı olabilir.  Nadir vakalarda bantlara, dikiş materyaline veya topikal (dışardan uygulanan) ilaçlara karşı yöresel allerjiler bildirilmiştir. Daha ciddi olan sistemik allerjiler cerrahi sırasında kullanılan ilaçlardan ve reçete edilen ilaçlarla meydana gelir. Alerjik reaksiyonlar ek tedavi gerektirir.  Dental implant tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.  **1.5 İşlemin Alternatifi:** Dental implant tedavisine alternatif diğer tedaviler; herhangi bir tedavinin uygulanmaması, ağız durumuna göre yeni sabit veya hareketli protez yapılmasıdır.  **1.6 İşlem Süresi:** Ortalama süre 1 saattir.  **2.TETKİKLER**  **2.1 İntraoral (Ağız İçi) Radyografik Tetkik**  **Röntgen:** Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş, çene eklemi ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için hastanın radyografisinin çekilmesi gerekebilir.  **Radyografik Tetkikten Beklenenler:** Şikâyet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikâyete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi.  **Radyografik Tetkik Yapılmazsa:** Şikâyet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir.Uygulanmaması durumunda hastalığınız hakkında tanı güçlüğü oluşabilir ve doğru tedavinin uygulanması zorlaşabilir. İşlemin alternatifi yoktur. Tedavi sonrası kontrol radyografları alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez.  **Olası riskler:** Röntgen filmi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.  **2.2** **Ekstraoral (Ağız Dışı) Radyografik Tetkik**  Uygulanacak Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için çene yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız dışında konumlandırılarak işlem gerçekleştirilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.  **2.3 Radyografik Tetkikten Beklenenler**: Şikâyet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikâyete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi.  **2.4 Radyografik Tetkik Yapılmazsa:** Şikâyet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografları alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez.  **2.5 Olası Riskler:** İşlem sırasında hareketsiz kalınması gerekli olduğundan hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilme durumunun söz konusu olması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.  **3. TEDAVİ VE İŞLEMLER**  **3.1 Lokal anestezi:** İşlem süresi ortalama 1 dakikadır. Tedavi işlemleri, eğer hastanın uyumuna bağlı olarak genel anestezi/sedasyon uygulamaları gerekmediği takdirde, lokal anestezi altında uygulanmaktadır. Lokal anestezi; insan vücudunda his iletimi yapan sinirlerin, belirli bir bölgesinin, anestezik maddelerle (lidokain, mepivikain vb.) geçici süre iletim yapılmasının engellenmesidir. Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi; kullanılan anestezik maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. Uygulama diş hekimi tarafından yapılır. İşlem yapılacak dişin bulunduğu çenenin ilgili bölgesinin iğne ile lokal anestezisi yapılmadan önce hastanın iğneden dolayı batma, ağrı, acı gibi hisleri duymasını azaltmak amacıyla topikal anestezi uygulaması yapılabilir. Pamuk yardımı ile girişim tipine göre damla, krem veya sprey ile ilaç uygulaması yapılır.  **3.2 Lokal Anesteziden Beklenenler:** Yapılacak olan girişimler sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır.  **3.3 Lokal Anestezi Yapılmazsa:** Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da sedasyon/genel anestezi altında yapılabilmektedir. **3.4** **Olası Yan Etki ve Riskler:** Hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak işlemi yapacak Hekiminize söylenmelidir. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açmada güçlük oluşabilir, bu durum 2-3 hafta içerisinde kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. İğnenin yapıldığı yerde (1 haftaya kadar) ağrı oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesinden dolayı fasiyal paraliz (geçici yüz felci), geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, yutkunma güçlüğü, kulak memesi burun ve dil uyuşukluğu, şişlik veya yüzde renk değişikliği gibi yan etkiler oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir. Ayrıca anestezinin yapılan bölgeye bağlı olarak his kaybı veya paresteziler gerçekleşebilir. Bu durum geçici veya daimi olabilir. Hasta anestezili bölgeyi kaşır, ısırır, ya da çiğnerse kendi kendine yara oluşturabilir. Anestezi bazen istenilen uyuşmayı sağlayamayabilir ve bu durumda tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte vücuttaki tüm doku ve organları etkileyen alerjik reaksiyonu (Anjionörotik ödem, anaflaktik şok, kızarıklık ve deri döküntüleri vb.) görülebilir. Bu olası yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve mavi kod ekibi tarafından tedaviye yönelik antihistaminik, adrenalin, kortizon gibi hayat kurtaran ilaçlar ve acil tıbbi müdahale hastaya uygulanmaktadır.  **3.5 Lokal Anestezi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:** Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.  **3.6 İmplant Cerrahisi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:** Operasyon Bölgesinin ve Tüm Ağzın Günlük Bakımı: Uygun şekilde iyileşme olması için yapılması gereken günlük ağız bakımı konusunda hekiminiz sizi bilgilendirecektir. Diş hekiminizin reçete ettiği ilaçları önerildiği şekilde kullanınız. Sigara içmek operasyon sonrası enfeksiyon ve kanama riskini arttırdığı gibi implantın başarısını da belirgin biçimde azaltmaktadır. Sigara içen hastalarda 2-3 hafta önceden sigaranın bırakılması önerilir. Sigara içen hastalarda dental implant ve implant öncesi ve sonrası hazırlık aşamalarının başarısı hekimden bağımsızdır. Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Ayrıca diş hekiminizin uygun gördüğü sıklıkta periyodik kontrollere gelmeniz gerekmektedir. Cerrahi işlem sonrası oluşan herhangi bir problem konusunda diş hekiminiz en kısa sürede bilgilendiriniz.  **4.FİNANSAL SORUMLULUKLAR**  Bu tedavide Sosyal Güvenlik Kurumu’nun karşılamadığı tedavi kalemleri bulunmaktadır. Fakültemiz sizden ek ücret talep edecektir.  **ONAY**  Tüm ağzımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlar açıklandı. Teşhis ve tedavi esnasında ;  • Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği,  •Öğrencilerin tanı ve tedaviye katılacağı, asistan ve öğretim üyeleri denetiminde çalışacakları,  • Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği  • Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği,  • Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği, Tarafıma açıklandı.  Yukarıda yazılanları okuduğumu, Hekimime genel durumumla ilgili doğru bilgiler verdiğimi, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek Hekimim tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyor ve onaylıyorum. Hekimim tarafından bana açıklanan tüm bilgileri anlamış ve açıklanmasını gerekli gördüğüm tüm konularda bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış olarak, Hekimim hastalığımla ilgili olarak bana önermiş olduğu tedavi / operasyon / girişim yönteminin şahsıma uygulanmasına, serbest irademle ve hiçbir baskı altında kalmadan rıza gösteriyorum.  (LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA **‘Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım’** YAZARAK İMZALAYINIZ)  ...........................................................................………………………………………………………………..   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | TC | Ad- Soyad | İmza | Tarih ve Saat | | Hasta |  |  |  |  | | Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi\*……………… |  |  |  |  | | Klinik Öğrencisi |  |  |  |  | | Sorumlu Diş Hekimi |  |  |  |  | | Sorumlu Öğretim Üyesi |  |  |  |  | | Tercüman  (Kullanılması Halinde) |  |  |  |  |   \* *Hasta 18 yaşından küçük ise velisi (anne-baba) veya vasisinin imza yetkisi vardır. Hasta kendi imzalayamayacak durumda ise sıra ile vasisi, eşi, annesi, babasının imzası geçerlidir.*  **Bu Onam Formu, T.C. Hasta Hakları Yönetmeliği ve Türk Tababet ve Türk Ceza Kanunlarına göre hazırlanmıştır.** |