

DENTAL İMPLANT BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın hasta / yasal temsilcisi,

Sağlık durumunuz /hastanızın sağlık durumu ile ilgili önerilen tıbbi, cerrahi, teşhis için gerekli işlemler ve alternatifleri, faydaları, zararları, riskleri hakkında bilgi sahibi olmak, tamamını, ya da bir kısmını kabul etmek, yapılacak işlemleri istediğiniz zamanda durdurmak hakkına sahipsiniz.

Tedaviye başlanmadan önce, kalp, şeker hastalığı, tansiyon ve benzeri sistemik hastalıkların, hepatit gibi bulaşıcı hastalıkların ve diğer hastalıkların, kullanılan ilaçların, hekiminizle paylaşılması hem kendi güvenliğiniz için hem de hekiminizin tedavi yöntemine karar vermesi ve tedaviyi planlaması için önemlidir.

Bu belge, planlanan uygulamalara izin verip vermeme konusunda sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

BİLGİLENDİRME;

Dental implantlar, eksik dişlerin fonksiyon ve estetiğini tekrar sağlamak amacıyla çene kemiğine yerleştirilen ve uygun malzemeden yapılan yapay diş kökleridir.

Dental implantlar; tek diş eksikliğinin komşu sağlam dişlere dokunulmadan giderilmesinde, birden fazla diş eksikliğinin, takılıp çıkartılan protezler yerine, implantlar yardımı ile sabit köprüler yapılarak giderilmesinde, tam dişsizlik durumunda takılıp çıkarılan tam protezler yerine sabit protezler yapılabilmesine, her türlü dişsizliğin ve eksik fonksiyonların giderilmesinde rahatlıkla uygulanır.

*İmplantın üzerine yerleştirilen kapatma vidalarında gevşeme veya düşme olabilir.

*Bazı durumlarda, implantın iyileşmesinde gecikme ya da iyileşmemesi durumlarında, implantın çıkarılıp yenisinin takılması gerekebilir.

*İmplant tedavisinin protez aşamasında abutment (dayanak) için ilave ücret ödenmesi gerekebilir.

*İmplant sonrası protez yapımı için ortalama 3 ay, implantlarla kemik arasında bağ oluşması amacıyla beklenir. Eğer operasyon öncesi veya sonrası kemik grefti uygulandı ise bu süre uzayabilir. Bu süreçte hastaya geçici protezler kullanılır.

*Geçici protez yapımı içinse 7-10 gün yumuşak dokuların iyileşmesi beklenir.

İmplant uygulamalarında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonları gelişebilir.

* İmplant uygulaması yapılmadan dişsiz boşluklar başka protetik yöntemlerle restore edilebilir.

* İmplant uygulandıktan sonra ortalama 12 saat aralıklı buz tatbiki uygulanmalıdır. Yazılan ilaçlar kullanılmalı, özellikle dikişler alınana kadar sigaradan uzak durulmalıdır.

Bütün cerrahi işlemlerde olduğu gibi, genel sağlık durumu implant cerrahisinin başarısını yakından ilgilendirmektedir.

Cerrahi işlem sırasında ve sonrasında anestezi ve yapılan cerrahi işleme bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar;

*Operasyon sonrasında ağrı ve şişlik ve ciltte renk değişikliği gibi rahatsızlıklar

*Çeşitli derecelerde kanama

**Enfeksiyon

*Ağız köşelerinin ekartörle çekilmesi sonrası çatlak ve kızarıklık

*Birkaç gün ağız açmada kısıtlılık. Çene eklemine mevcut bir şikayet varsa artabilir,

* İmplant yapılan bölgedeki anatomik yapılarda zedelenme.

Buna bağlı olarak alt dudakta kalıcı ya da geçici uyuşukluk, üst çenede sinüslerin açılması Bunun için ek tedavi gerekecektir.

*İmplant işlemi için gerekli olduğunda, kemik alınan bölgede ağrı hassasiyet , enfeksiyon gelişebilir.

Beklenmedik gelişmeler doğrultusunda tedavi ve bakım planında ek tedavi gereksinimleri veya değişiklikler olabilir. Bu gibi durumlarda herhangi bir işlem yapılmadan hasta/yasal temsilci bilgilendirilecektir.

Tıp ve Diş Hekimliği Biliminin ve eğitiminin gelişmesi amacıyla tedaviler esnasında hasta /yasal temsilciden izinli olarak ağız içi resim ve video görüntüleri alınabilir.

Herhangi bir genel sağlık problemi nedeni ile tıp hekiminden konsültasyon istenildiğinde, konsültasyon sonucu ile birlikte randevuya gelinmesi gerekmektedir. Konsültasyon nedeni ile istenen cevabın bir sonraki randevuya getirilmemesi durumunda tedavinin yapılması mümkün değildir. Bu durumda yeni bir randevu verilir.

Verilen randevuya tam zamanında gelinmemesi durumunda (15 dakika ve sonrası) tedavi ertelenebilir. Randevulara gelinmeyeceği durumlarda en geç 24 saat önce iptal edilmelidir.

DENTAL İMPLANT BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Lokal Anestezi

Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi kullanılan anestezi maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik göstermektedir. Anestezi sonucu facial paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu durumlar geçicidir ve endişe edilmesine gerek yoktur. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmekte, bu durumda acil müdahale edilmesi gerekebilmektedir.

Bunun için hastanın herhangi bir maddeye alerji olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim ilaç yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir.

Beklenmedik gelişmeler doğrultusunda tedavi ve bakım planında ek tedavi gereksinimleri veya değişiklikler olabilir. Bu gibi durumlarda herhangi bir işlem yapılmadan hasta/yasal temsilci bilgilendirilecektir.

Tıp ve Diş Hekimliği Biliminin ve eğitiminin gelişmesi amacıyla tedaviler esnasında hasta /yasal temsilciden izinli olarak ağız içi resim ve video görüntüleri alınabilir.

ONAM

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum.

Yapılacak uygulamanın amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Tedavi yöntemlerine ilişkin her türlü soru sorabilme fırsatı verildi ve sorduğum sorulara beni tatmin edecek cevaplar aldım.

Kendi rızamla tedavime ait gerekli her türlü tıbbi müdahalenin yapılması ve gerekli ilaçları kullanmak üzere onay veriyorum.

Hastanın Protokol Numarası:

Hastanın;

Ad Soyad:

Tel:

Adres:.....

İmza:

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:

Tel:

Adres:.....

İmza:

HEKİM

İsmi yazılı olan hasta /yasal temsilci sine tarafımdan teşhis, yapılacak işlem ve nedeni, faydaları, işlem sonrası bakım, beklenen riskler, işlemi için gerekli ise uygulanacak anestezi tipi, anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta /yasal temsilcisi, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Hekim

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih :

Saat :