

GENEL BİLGİLENDİRME VE GENEL 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 güvenliğinizi 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.

Sayın Hastamız, Aşağıda size verilen bilgileri okuyunuz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size ya da çocuğunuza uygulanacak tedavileri hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Tedavi planlamasının fayda ve risklerini öğrenmek sizin tedavi sonunda memnun olmanızı sağlayacaktır. Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileyiyle.

BİLGİLENDİRME; LOKAL ANESTEZİ:

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla sınırlı uyuşturma uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezi madde (sprey-krem) ile diş eti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuduğunda anestezi sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastalarda alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-6 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle, ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-6 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar.

1- RADYOGRAFİ:

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyograf çekilmesi gerekebilir. Çekilen radyografiler:

- Gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanlarının (örneğin dişler arasındaki çürüklerin) ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ve /veya diğer hasarların görülmesini sağlar.
- Diş eti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir.
- Kök kanalındaki sorunların görüntülenmesini sağlar.
- Kanal tedavisinin başarısını artırır.
- İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir.
- Kemik ve yumuşak dokudaki kist, tümör gibi patolojilerin belirlenmesinde yardımcıdır.
- Yapılan tedavilerin kontrolünde görünebilirlik sağlar.
- Çocukların ağızdaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

Ağız-diş-çevre dokularını genel bir değerlendirme için panoramik radyograf tüm hastalarımızdan çekilmektedir. Gerekli görüldüğünde daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden periapikal (ağız içi) filmler alınabilir.

Diş hekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu oldukça ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroid koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

Tedavileriniz esnasında ileri tetkik için biyopsi alınması gerekebilir. Sağlık kuruluşumuzun, düzeninin ve tedavi programının aksaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat önceden iptal ettiriniz.

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.

2- MAKSİLLER SİNÜS CERRAHİSİ ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME; Sinüsler kafatasındaki hava dolu mukoza ile kaplı boşluklardır. Üst çenede yer aldığı için maksiller sinüs denir. Maksiller sinüs üst çene azı dişleri ile yakın komşuluktadır. Bu dişlerin kaybı ile sinüs sarkar, ağız boşluğuna yaklaşıp. Dişsiz boşluğa implant gereksinimi olduğunda sinüs cerrahi olarak açılıp mukoza bir miktar itilir. Elde edilen boşluğa kemik grefti ile doldurulup sinüs tekrar eski konumuna getirilmiş olunur. İdeal greft hastanın kendisinden alınan greft olsa da, insan veya hayvan kaynaklı kemik ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller de tercih edilebilir. Operasyon sırasında boşluk içinde bulunan yumuşak doku (mukoza) yırtılabilir. Hekiminizin kararına göre işlem ertelenebilir ya da devam edilebilir. İşlem sonrasında nadir de olsa greft ve buna bağlı olarak implant kayıpları görülebilir. Tedavi gerçekleştirilemezse dişsiz boşluk başka protetik yöntemlerle restore edilebilir.

Diş çekimi sonrasında ya da başka sebeplerle de sinüs boşluğu ağız boşluğu ile ilişkili hale geçebilir. Hastanın yedikleri ve içtikleri burun boşluğundan geri çıkabilir. Kapatılması gereklidir. Bu açıklığın kapatılması için açıklığın boyutuna bağlı olarak bir operasyon gerekebilir ya da girişimsel olmayan yöntemlerle tedavi edilmesi denenebilir. Diş çekimi sırasında sinüs boşluğuna diş kökü kaçabilir ve çıkartılması gerekebilir. Bölgede gereken cerrahi işlem yapıldıktan sonra, yara bakımı tavsiyeleri verilir. Hastaya kullanılan antibiyotik, gargara, analjeziğe ek olarak dekonjestan (sinüs mukoza reaksiyonları minimuma indiren bir ilaç) kullanılır. Tedavi edilmemesi durumunda oluşan ya da var olan açıklık daimi duruma dönüşür. Yenilen yemekler ve içilen sıvılar burun bölgesinden geri gelebilir.

3- GREFT İŞLEMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME; Greft işlemi veya Greftleme kelime anlamıyla eksik dokuyu telafi etmek/tamamlamaktır. Yaşa bağlı oluşan kemik erimesi ya da başka sebeplerle çenelerden kemik kaybı olması durumunda, bu bölgelere protez yapılabilmesi ya da implant uygulanabilmesi için ya da implant uygulanması esnasında bölgeye greftleme işlemi yapılması gerekebilir. Kemik dokulara greftleme işlemi için alternatifler mevcuttur. Hastanın uygun bir bölgesinden kendi kemiği alınıp bölgeye yerleştirilebilir. İdeal greft hastanın kendisinden alınan greft olsa da insan veya hayvan kaynaklı kemik ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller de tercih edilebilir. Kemik greftleme işleminde bir takım komplikasyonlar mevcuttur. Bunlar: greftin rezorpsiyonu (erime), enfeksiyon, ağrı, şişlik, nekroz (doku ölümü) dur. Hastanın kendisinden alınan kemik grefti sonrası, doku alınan bölgede rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Yumuşak dokulara uygulanan cerrahi işlem sonrası dokulardaki kayıpları telafi etmek, gerginliği azaltmak veya dokuları proteze uygun hale getirmek için hastanın uygun bir bölgesinden ilgili yumuşak doku ile uyumlu parça alınıp dikiş ile sıkı tamponla sabitlenir. Verici sahada kanama, ağrı, hassasiyet, enfeksiyon, alıcı sahada ise ağrı, şişlik, kanama, enfeksiyon, greftin tutmaması, greftte büzülme oluşabilecek komplikasyonlar dahilindedir.

GENEL BİLGİLENDİRME VE GENEL ONAM FORMU

4- BİYOPSİ, KİST, TÜMÖR EKSIYONU BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME: Ağız içinde oluşan ve takipleri sonucunda 2 haftadan fazla sürede iyileşmediği tespit edilen yaralar ve şişliklerin tanısının konulabilmesi için patolojik olduğu düşünülen ya da şüphelenilen normalin dışındaki oluşumlardan parça veya ilgili doku küçükse tamamının alınması gerekebilir. Operasyon sonunda dikiş atımı gerekebilir/gerekmeyebilir. Dikiş atılırsa yara bakımı ile ilgili tavsiyeler hastaya verilir. Alınan parça kendisine uygun eğitim verilmiş hastane personeli tarafından hastanemizin anlaşmalı olduğu patoloji laboratuvarına gönderülür. Laboratuvar, incelemesi sonucu bir rapor yazar. Laboratuvar sonucuna göre ilgili dokuya müdahale edilir veya edilmez/takibe alınır. Biyopsi işleminde lokal anestezi ve rutin cerrahi operasyon riskleri söz konusu olabilir. Kanama bunlardan en önemlisidir. Eğer Aspirin, Coumadin, Plavix gibi pıhtılaşma engelleyici bir ilaç kullanıyorsanız hekiminiz sizi bu ilacı veren doktorunuza yönlendirerek konsültasyon isteyebilir. Kist/ tümör eksizeyonu, daha önce biyopsi alınarak veya alınmadan röntgenler ve klinik muayene sonucu kist/tümör teşhisi konulmuş dokuların uzaklaştırılması işlemidir. Boyutuna göre lokal anestezi veya sedasyonla yapılabilir. Bu operasyon sırasında ve sonrasında kanama, şişlik, lezyonun bulunduğu bölgeye göre hissizlik gibi şikayetler oluşabilir. Lezyonun bulunduğu bölgeden çıkartılması ilerleyen zamanlarda çene kırıklarından başlayıp hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşan sonuçlar doğurabilir.

5- APİKAL REZEKSİYON (KÖK UCU REZEKSİYONU) ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME: Kök ucunda iltihap olan dişler kanal tedavisi ile tedavi edilir. Eğer bu tedaviye cevap alınamıyorsa dişlerin daha uzun süre estetiği sağlaması ve fonksiyonda tutulması amacıyla kanal tedavisini takiben kök uçları iltihaplı doku ile beraber uzaklaştırılır. Bu işlem için iltihabi dokunun röntgende gözlenen boyutuna göre bir kesi planlanıp lokal anestezi altında yapılır. Bölge temizlenip bol serumla yıkanır, dikiş atılır, tampon konulur. Atılan dikiş 1 (bir) hafta sonra alınmalıdır. Bu bir haftalık süreçte hastaya bir takım ilaçlar kullanılır (antibiyotik + gargara = enfeksiyonu kontrol altına almak ve yarası temiz tutmak için, analjezik = ağrıyı kontrol altına almak için verilebilir). Ayrıca hastaya ilk 24 saat buz/soğuk sonraki 2-3 gün sıcak uygulaması operasyon sonrası oluşması muhtemelen şişliğin minimuma indirmek için tavsiye edilir. Diş, operasyon sonunda travma ve streslere dayanıklı olamayacağından gerekli hallerde dişin boyu bir miktar kısaltılabilir. Bu operasyon sonrasında kanama, enfeksiyon, şişlik gibi operasyona bağlı istenmeyen etkileri görülebilir. İltihap sinir dallarına komşu ise işlem sonrası geçici veya kalıcı hissizlik görülebilir. Doktorunuz bu durumlarda gereken müdahaleyi yapacaktır. Apikal rezeksiyon uygulanmış dişlerin kök ucuna bazı hallerde dişin kanalına sızıntıyı önlemek için daha iyi bir tıkama sağlamak amacıyla dolgu maddesi yerleştirmek gerekebilir. Bu işlem kök ucu uzaklaştırıldıktan sonra yapılır ve daha sonra operasyon bölgesinde dolgu artığı kalıp kalmadığı kontrol edilir ve rutin işleme devam edilir. Eğer bu işlemin uygulanması kabul edilmezse ilgili dişin çekilmesi gerekir. Çekim boşluğu protez uygulamaları ile restore edilebilir. Uygun şekilde yapılmış bir kanal tedavisinden sonra yapılan apikal rezeksiyon operasyonunun başarı oranı yüksektir. Düşük bir ihtimal de olsa diş tedaviye cevap vermeyip, çekim yapılması gerekebilir.

Yapılacak her türlü tıbbi görüntüleme işlemine, herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekimime bildireceğimi ve hekimimin bu konuda yapacağı konsültasyon işlemlerini kabul ediyorum. Hamile isem, doktorlara ve röntgen teknisyenlerine hamilelik durumumu belirteceğimi kabul ediyorum. Radyograf alınmasını kabul etmeme hakkımın olduğunu biliyorum. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, bu durumdan hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyor ve kabul ediyorum.

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi/hastanın velisi, dişhekimi tarafından hastalığın teşhisi, tedavi planı ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim. Bana önerilen tedavileri kabul ettim. Şüpheli tedavilerde planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedavilerimle ya da çocuğumun/..... tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve diyet önerilerine uymam gerektiği anlatıldı, kabul ettim. Benim/çocuğumun/..... vazgeçmemiz gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirmem ve bana/çocuğuma/..... yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanmam gerekliliği anlatıldı ve kabul ettim. Bana/çocuğuma/..... uygulanacak tedavilerin uzun süreli garanti edilemeyeceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedaviyi kabul ettikten sonra bana/çocuğuma/..... ait bilgi, radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarında kullanılmasını kabul edip izin verdim. Tedavim sırasında kişisel eşyalarımın(para, mücevher, takı, giyecek, cep telefonu vb.) sorumluluğu ve güvenliğinin bana ait olduğu bildirildi, anladım ve kabul ettim. Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlaması sırasında bana/çocuğuma/..... anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim. Hasta haklarıyla ilgili olarak bilgilendirildi.

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 ye-

terli 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 :

* Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır