

## İMLANT UYGULAMASI ONAM FORMU

Lütfen bu formu dikkatle okuyunuz. Anlayamadığınız veya sizi tatmin etmeyen noktalar hakkında soru sorunuz.

1. Dişsiz boşlukların hepsinin ya da bir kısmının komşu dişlerde madde kaybına neden olmadan kök benzeri titanyum vidalarla restorasyonudur.
2. Lokal anestezi altında veya tolere edemeyen ve işleminden kaçınan hastalarda bilinçli sedasyonla yapılabilmektedir.
3. 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.
4. Geçici protez yapımı içinse 7-10 gün yumuşak dokuların iyileşmesi beklenir. İmplant uygulamalarında lokal anestezi ile bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir.
5. İmplant uygulaması yapılmadan dişsiz boşluklar başka protetik yöntemlerle restore edilebilir.
6. İmplant uygulamaları günümüzde yüksek başarı oranları ile uygulansa da nadir de olsa çok erken implant kayıpları gözlenebilir. Bu durumda bölgeye yeni implant uygulaması yapılabilir.
7. İmplant uygulandıktan sonra ortalama 12 saat aralıklı buz tatbiki uygulanmalıdır. Yazılan ilaçlar kullanılmalı, özellikle dikişler alınana kadar sigaradan uzak durulmalıdır.

### Lokal Anestezi

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 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 si 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

Bana tedavi yöntemlerine ilişkin her türlü soru sorabilme fırsatı verildi ve sorduğum sorulara beni tatmin edecek cevaplar aldım. Bu kağıdı imzalayarak kendi rızamla tedavime ait gerekli her türlü girişimin yapılması ve gerekli ilaçları kullanmak üzere onayımı veriyorum.

### Hastanın Protokol Numarası:

#### Hastanın;

Ad Soyad: .....  
Tel: .....  
Adres: .....  
İmza: .....

#### veya Hastanın Yasal Temsilcisinin\*

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi: .....  
Tel: .....  
Adres: .....  
İmza: .....

Hekim Ad Soyad: ..... Tarih: .....Kaşe/İmza: .....

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