

MAKSİLLER SINÜS CERRAHİSİ 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;

Sinüs Lifting

Sinüsler kafatasındaki hava dolu mukoza ile kaplı boşluklardır. Üst çenede yer alan sinüse maksiller sinüs denir. Maksiller sinüs üst çene azı dişleri ile yakın komşuluktadır. Bu dişlerin kaybı ile sinüs sarkar, ağız boşluğuna yaklaşır.

Dişsiz boşluğa implant gereksinimi olduğunda sinüs cerrahi olarak açılıp mukozası 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 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.

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 alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim ilaç yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir.

Radyografi Çekimi

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için dişlerin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilememekte, böyle bir durumda hekiminizi uyarmanız gerekmektedir.

MAKSİLLER SİNÜS CERRAHİSİ ONAM FORMU

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;

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad:

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:

Tel:

Tel:

Adres:.....

Adres:.....

İmza:

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 :