

MUKOGİNGİVAL CERRAHİ 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;

Mukogingival cerrahinin amacı; dişeti kenarını yanak ve dudak hareketlerinden koruyan, dişeti çekilmesini önleyen kemiğe sıkıca bağlı yapışık dişeti yüksekliğinin azaldığı durumlarda dişeti yüksekliğini arttırmak ve eğer mümkünse kök yüzeyini örtmeye çalışmaktır. Her klinik durumda kök yüzeyi örtme mümkün değildir. Anatomik ve bölgesel faktörler tamamen uygunsa sağlanabilir.

Yapışık dişeti yüksekliğinin artırılması veya kök yüzeyi örtme amacıyla hekiminiz damak bölgesinden uygun genişlik ve derinlikte dişeti grefti alabilir. Bu işlem, hekiminizin kararıyla dış kaynaklı materyaller ile de gerçekleştirilebilir.

Dokunun sizden alınması durumunda iki adet yara yüzeyiniz olacaktır.

Bazı durumlarda verici bölgede yara iyileşmesi gecikebilir, bu dönemde beslenme zorluğu yaşanabilir.

Alıcı bölgede greftin (damağınızdan alınan doku parçasının) yeterli beslenemediği durumlarda işlem başarısız olabilir.

İşlem sonrası her iki yüzeyden de kanama gelişebilir.

Damak bölgesindeki kanama; makul düzeyde bası, temiz gaz tamponlar ile yeterli süre uygulandığında duracaktır.

Alıcı bölgede kanama durumunda ise hekimle iletişime geçmelisiniz.

Ameliyat bölgesinin sizin tarafınızdan iyi bakılması, ameliyat bölgesine konulan koruyucu patın düşmemesi, bölgeyi hareketsiz bırakmanız ve ilaçlarınızı kullanmak sizin sorumluluğunuzdadır.

Her zaman kök yüzeyi örtme amaçlanmaz, çünkü mümkün değildir.

Mukogingival cerrahi işlem öncesi lokal anestezi yani sınırlı uyuşturma yapılır.

Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır.

Bu tedavi sırasında çeşitli antibiyotik ve analjeziklerin, antiseptiklerin kullanılması gerekebilir ve bu ilaçların alımı sırasında alkol kullanımının ilaç etkileşimine neden olmamak amacıyla yasaklanması ve dikkat gerektirici işlemlerin yapılmaması gerekebilir.

Kullanılan ilaçların yan etkileri olabilir. Herhangi bir ilaca karşı alerjik durumunuz varsa tedavi öncesi hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir.

Ancak, işlem çeşitli sistemik ve lokal faktörlere bağlı olarak tekrarlanmak zorunda kalınabilir ya da başarısız olabilir. Tedavinin başarısının artırılmasında size düşen sorumluluklar vardır. Bunun için hekiminizin önereceği şekilde iyi ağız bakımı yapmanız ve periyodik kontrollere gelmeniz gerekmektedir. Mukogingival cerrahinin genel sağlığınıza zararı yoktur.

Cerrahi işlemler sonrası iyileşme döneminde sigara içmemeniz önemlidir. İyileşme dönemi sonrasında da günde 5 adetten fazla sigara içmemeniz önerilir. Aksi takdirde cerrahi tedavilerin başarısızlığa uğrama riski vardır.

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

MUKOGİNGİVAL CERRAHİ BİLGİLENDİRME VE 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;

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 :