

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.28
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	01	
	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019	
	SAYFA NO	Sayfa 1 / 3	

KEMİK GREFTLEME OPERASYONLARI İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

1)İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:

Kemik greftleme operasyonları öğretim üyesi ve/veya asistanlar tarafından periodontoloji kliniği içerisinde yapılacaktır.

2. HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ ve NASIL SEYREDECEĞİ ve İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Erken diş kaybı, yaş, sistemik hastalıklar gibi birçok sebeple kemik kaybı görülebilir ve o bölgelere başarılı restorasyonların yapılmasına engel olabilir. Bu nedenle greft uygulamaları ile daha sağlıklı ve konforlu restorasyonlar yapılabilir.

3. KEMİK GREFTLEME OPERASYONLARI:

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 uygulaması esnasında bölgeye greftleme işlemi yapılması gerekebilir. Yönlendirilmiş doku rejenerasyonu (YDR) operasyonunda ise, lokal anesteziyi takiben ilgili bölgeye dişeti kesisi yapılarak dişeti kaldırılır. Bölgedeki iltihabi dokular ve hastalıklı kök yüzeyleri temizlenir. Ardından iyileşmeyi bozacak dişetin kemik ve diş yüzeyi arasına göç etmesini engellemesi için eriyebilen veya erimeyen bir membran kemik defektini ve/veya kemik greftini örtecek şekilde yerleştirilir. Dişeti dikilir.Yaklaşık 2 hafta sonra dikişler alınır. Kullanılan membran erimeyen tip ise, 6-8 hafta sonra ikinci bir ufak cerrahi işlemle membran çıkarılır, eriyen tip ise ikinci bir cerrahiye ihtiyaç yoktur. Kemik greftleme işleminde kullanılan materyaller 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.Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için sizden/refakatinizdeki kişiden röntgen çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.

4. GENEL RİSKLER ve KOMPLİKASYONLAR:

İşlem sonrasında nadir de olsa greft kayıpları görülebilir. Greftlemeoperasyonunda 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. Planlanan tedavi ve işlemler sırasında birtakım riskler ve komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu riskler; tedavi süresince ağrı ve rahatsızlık hissi, şişlik, enfeksiyon, kanama, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, temporomandibuler eklem bozukluğu, geçici veya kalıcı hissizlik ve alerjik reaksiyonlar, ateş yükselmesi, halsizlik, septisemi sonucu ölüm, sinir yaralanmasına bağlı dokuda geri dönüşlü veya kalıcı olan hissizlik veya felç, mevcut protezlerin çıkarılması ve tedavi sonrasında değiştirilme gereksinimi,membran kullanılmışsa membranın açığa çıkması ve gerekli ise erken dönem alınması, dişlerde sallanma sayılabilir.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.28
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	01	
	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019	
	SAYFA NO	Sayfa 2 / 3	

KEMİK GREFTLEME OPERASYONLARI İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

İşlem süresi yapılacak operasyonun genişliği, karmaşıklığı, implant sayısı ve işlem esnasındaki komplikasyonlara bağlı değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 1 ile 2 saat arası sürebilmektedir.

6. ALTERNATİFLER:

Diş taşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir. Bunun dışında sadece hekime daha iyi görüş ve hastalıklı bölgeye ulaşımı sağlaması amacıyla lokal anestezi altında yapılan dişeti kesisini takiben dişin üzerindeki dişeti kaldırılır. Bölgedeki iltihabi dokular ve hastalıklı kök yüzeyleri temizlenir ve hiçbir malzeme koymaksızın dişetleri dikilir (Flep operasyonu).

7. KULLANILAN İLAÇLAR:

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuşturduğunda anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem olan sedasyon altında yapılmaktadır. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırma ya da yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonrasında anestetiğin etkisi ortadan kalkar.

8. TEDAVİ OLMAZSANIZ:

Diş taşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmadan idame tedavisi altında tutulabilir. Bu durumda ilgili bölgede yıkım devam edebilir ve sonrasında diş kayıpları gözlenebilir. Eğer greftleme işlemi implant uygulaması için gerekli ise istenilen başarıda implant uygulanamayabilir veya implant uygulaması hiç yapılamayabilir.

9. KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Diş tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

10. GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ: Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir.

HASTANIN veya VELİ/VASI'SİNİN TEDAVİ İÇİN ONAMI

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumumla ilgili sorulan soruları tam olarak cevapladım ve/veya formda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız). Benimle ilgili olan tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında olabilecek

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.28
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	Sayfa 3 / 3

KEMİK GREFTLEME OPERASYONLARI İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum. Bana/çocuğuma/yakınımına uygulanacak ilaçlar, kemik greftleme operasyonunun Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı kliniğinde; Asistan, Uzm.Dr., Yard.Doç.Dr., Doç.Dr. ve Prof.Dr. unvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda **Stajyer diş hekimlerinin yukarıda belirtilen hekimlerin nezareti altında belirtilen tedavileri yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.**

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul ettiğinizi 'OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM' yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İMZA
Hasta / HastaYakını*			
Doktor			
Tanıklıktan			

*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.