

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.33
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	Sayfa 1 / 3

PREPROTETİK CERRAHİLER 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:

Preprotetik cerrahiler öğretim üyesi ve/veya asistanlar tarafından periodontoloji kliniği içerisinde yapılacaktır.

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

Kemik veya yumuşak dokudaki düzensizlikler protez yapımına engel olabilir. Bu sebeple kemik ve yumuşak dokudaki düzensizlikler giderilerek sağlıklı bir protez yapılabilir.

3. PREPROTETİK CERRAHİLER:

Protez yapımı gerekli olan hastalarda yumuşak dokular ve kemikte düzensizlikler varsa sağlıklı bir protez yapımına engel teşkil eder. Preprotetik cerrahi uygulamaları ile protez öncesi bu dokular ideal boyutlarına ve sağlıklarına kavuşturulur. Lokal anestezi ile yumuşak dokulardaki fazlalıkların kesilip çıkarılması, greftleme, kemik düzeltme, implant bu işlemler arasında yer alır. Lokal anestezi ve rutin cerrahi işlem komplikasyonları gelişebilir.

4. GENEL RİSKLER ve KOMPLİKASYONLAR:

Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Bu risklerden başlıcaları arasında; 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, dişlerde sallanma, dişte kanal tedavisi gereksinimi, hedeflenen sonuçlara ulaşamama sayılabilir.

5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

İşlem süresi yapılacak operasyonun genişliği, karmaşıklığı ve işlem esnasındaki komplikasyonlara bağlı değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 30 dakika ile 2 saat arası sürebilmektedir.

6. ALTERNATİFLER:

Diş taşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir.

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 uyuduğunda 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

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.33
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	Sayfa 2 / 3

PREPROTETİK CERRAHİLER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

nedenle ısırmağa bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonrasında anestetiğin etkisi ortadan kalkar.

8. TEDAVİ OLMAZSANIZ:

Tedavi yapılmaması durumunda size uygun ve sağlıklı bir protez işlemi yapılamayabilir.

9. KRİTİK OLAN YAŐAM TARZI ÖNERİLERİ:

Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığımız 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 surken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

10. GEREKTİğİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŐABİLECEęİ:

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 tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum. Bana/ocuğuma/yakınımına uygulanacak ilaçlar, **preprotetik cerrahiler** 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 grevi 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 aydınlatıldığımızı, işlemi kabul ettiğinizi ‘OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.33
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	Sayfa 3 / 3

PREPROTETİK CERRAHİLER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

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

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