



## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

### DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PERİODONTOLOJİ A.B.D

## İLERİ DİŞETİ TEDAVİSİ ve İMPLANT UYGULAMALARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu: HD.RB.14	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No/Revizyon 1/1	Tarihi:15/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-------------------	------------------------------

### PROTOKOL NO:

İmplant, eksik olan dişlerin fonksiyon ve estetiğini tekrar kazandırmak amacıyla çene kemiğine yerleştirilen ve uygun malzemeden yapılan suni diş kökleridir. İmplantlar yaygın olarak dokulara uygun, son derece dayanıklı olan titanyumdan yapılırlar.

Dental implant malzemeleri çeşitli firmalar aracılığıyla fakültemize getirilmektedir ve malzeme ücretleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmadığından; ödemenin ilgili firmaya sizin tarafınızdan yapılması gerekmektedir.

#### **Lokal anestezi ile ilgili bilgiler:**

- 1- Lokal anesteziye karşı önceden geçirilmiş bir alerji hikayesi varsa, kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon ve diğer genel sağlıkla ilgili bir rahatsızlığınız varsa mutlaka hekiminizi uyarınız. Yanlış beyan nedeni ile olabilecek sorunlardan hekiminiz sorumlu değildir.
- 2- Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, geçici yada kalıcı sinir harabiyeti ve beklenmeyen alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar; kaşıntı, döküntü, bulantı, kusma, solunum zorluğu, kalp atışında artış (taşikardi) veya azalma (bradikardi) çok düşük bir ihtimalle ölüm şeklinde olabilir.

#### **İleri dişeti tedavisi ile ilgili bilgiler:**

- 1- Hastalardan bir kısmı ileri dişeti tedavisine iyi yanıt vermemektedir. Bu durumda dişler kaybedilebilir, uygulanan işlemin doğal bir sonucu olarak dişeti çekilmesi oluşabilir ve buna bağlı olarak dişlerin boyu uzamış gibi görünebilir.
- 2- İşlem sonrası; enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, yüzde renk değişikliği, çenede, dişlerde, dilde, çene ucunda geçici veya duruma göre kalıcı hissiyet, eklem yaralanmaları ya da ilişkili kasların kasılmaları, geçici ya da duruma göre kalıcı diş sallanmasında artış, sıcak, soğuk ve asitli yiyeceklere karşı hassasiyet, iyileşmeye bağlı dişeti büzülmesi sonucu bazı dişlerin uzaması ve dişler arasında boşlukların oluşması, ağız köşelerinin zedelenmesi, birkaç gün ya da hafta ağız açıklığının kısıtlanması, konuşmanın kötü yönde etkilenmesi, alerjik etkiler ve yabancı cisimlerin kazayla yutulmasını içerebilir.
- 3- Diş köklerini kapamaya yönelik gerçekleştirilen işlemler sonrası tekrar kök yüzeyi açığa çıkabilir. Bazı durumlarda daha fazla dişeti çekilmesi meydana gelebilir. Bazı dişeti tedavilerinde ikinci bir bölgeden dişeti transferi gerekebilir. Böyle bir işlemde ikinci sahada işlem sonrası enfeksiyon, kanama, şişlik ve ağrı oluşabilir.
- 4- Eğer ileri dişeti tedavisi başarılı olmazsa, bazı durumlarda ikinci bir işlem gerekebilir. Bunun nedeni her hastanın durumunun kendisine özgü olmasıdır ve uzun dönem başarı sağlanamayabilir.

#### **Dental implant cerrahisi ve implantla ilişkili diğer tedaviler:**

1. Tedavi öncesi, sırası ve sonrasında eğitim, araştırma veya arşiv amaçlı kullanılmak üzere ağız içi fotoğraf alınabilir. Bu fotoğraflar kullanılırken kimlik bilgileriniz saklı tutulacaktır.
2. İdeal şartlarda yapılan bir implant %95 oranında başarıya ulaşmaktadır (%5 başarısızlık ihtimali vardır). Ancak dişeti hastalığına sahip, ağız bakımı yetersiz ve sigara kullanan hastalarda bu oran %50'lere kadar düşmektedir ve kliniğimiz bu konuda uyum göstermeyen hastalarla ilgili olarak sorumluluk kabul etmemektedir.
3. İlk 1-2 günde ağrı, kanama, yüzde hafif şişlik, dişeti bölgesinde abse ya da deride renk değişimi (ekimoz) oluşabilir (Bunları engellemek için hekimin tavsiyelerine maksimum derecede uyulmalıdır).
4. Yerleştirilen implanta ait protezler üst çenede 4-6, alt çenede 3-4 ay sonra yapılabilir. Sinüs kaldırma işlemi, kemik yoğunluğunun az olması ya da cerrahi işlem sırasında oluşan bir problem gibi durumlar bu süreleri arttırabilir.



## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

### DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PERİODONTOLOJİ A.B.D

#### İLERİ DİŞETİ TEDAVİSİ ve İMPLANT UYGULAMALARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu: HD.RB.14	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No: Revizyon	Tarihi:15/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	------------------------------

5. İmplant yerleştirilmeden önce dişeti hastalığı ve ağızdaki diğer problemlerli durumların giderilmesi şarttır. Aksi takdirde implantlar da aynı problemlere maruz kalabilmekte ve bu problemler dişlere göre çok daha zor çözülebilmektedir. Bu yüzden implant öncesi altyapıyı oluşturan tedaviler mutlaka planlamaya eklenecektir.
6. İmplant tedavisi tamamlandıktan sonra ilk kontrol randevusu 3 ay sonra, takip eden kontroller genelde 6 ay aralıklarla yapılmaktadır.
7. Ek tedavi gerektirebilecek kısa ve uzun sürede kanama gelişebilir.
8. Komşu dişlerde ve /veya diş köklerinde hasar oluşabilir.
9. Ek tedavi gerektirebilecek cerrahi sonrası enfeksiyon oluşabilir.
10. Cerrahi sonrasında birkaç gün boyunca ağız açmada kısıtlılık olabilir.
11. Çene kemiği ve yumuşak dokunun duyarlılığını sağlayan sinir dallarında oluşabilecek hasara bağlı olarak ameliyat edilen bölgede gelişebilecek uyuşukluk, ağrı veya karıncalanma hissi olabilir. Bu bulgular günler içerisinde geçebildiği gibi daha uzun sürebilir veya kalıcı olabilir.
12. Ek tedavi gerektiren sinüs açılımı olması halinde sinüzit bulguları gelişebilir. Dolayısıyla iyileşme süreci uzayabilir.
13. Ameliyat sırasında implantın yerleştirildiği kemiğin yetersiz olduğu durumlarda kemikte ince çatlak veya kırıklar oluşabilir.
14. Özellikle ağız bakımı yeterli olmadığında, sigara kullanımı olduğunda ve diğer tavsiyelere uyulmadığında zaman içerisinde implant çevresinde kemik kaybı oluşabilir.
15. İmplant yada protez kaybı olabilir. Nadiren dental implantlar, protezi tutan parçalar yada protezin kendisi çiğneme stresine bağlı olarak kaybedilebilir.

Yukarıda yazılanların hepsini okuduğumu ve anladığımı, operasyon ile ilgili bilgilendirildiğimi ve bütün sorularımın cevaplandırıldığını onaylıyorum.

**Hastanın;**

**Adı Soyadı:**

**TC Kimlik No:**

**İmzası:**

**Bilgilendirmeyi ve İşlemi yapan Aday Diş Hekimi / Diş Hekimi;**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Sorumlu Öğretim Üyesi;**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Hastanın velisi/ yasal temsilcisi;**

**Yakınlık Derecesi:**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Görüşme tanığının;**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Tarih:** ...../ ...../..... **Saat:**.....

\* **Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Yasal temsilcinin yakınlık derecesini belirtiniz.).



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PERİODONTOLOJİ A.B.D

**İLERİ DİŞETİ TEDAVİSİ ve İMPLANT UYGULAMALARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ  
HASTA ONAM FORMU**

Doküman Kodu: HD.RB.14	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No Revizyon	Tarihi:15/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	-------------------------	-------------------	------------------------------