



## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

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

#### LATERALE KAYDIRILAN FLEP OPERASYONU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ

#### HASTA ONAM FORMU

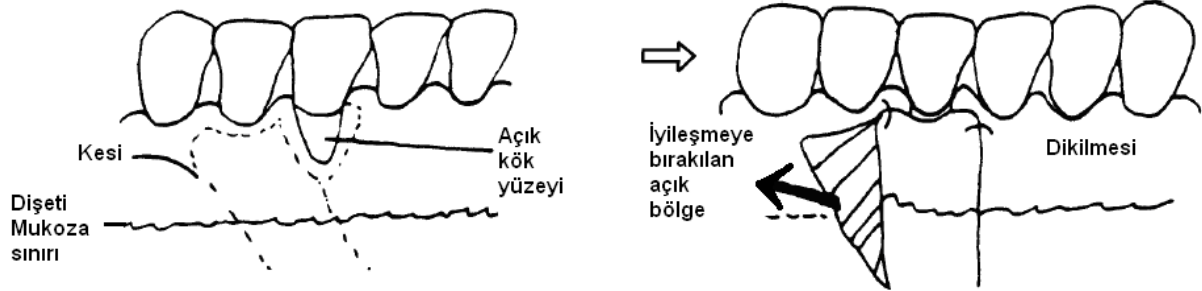
Doküman Kodu: HD.RB.17	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon 15/04/2022	Tarihi:	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	---------------	------------------------	---------	------------------------------

#### PROTOKOL NO:

Laterale kaydırılan flep uygulamasının ne olduğu, ne için yapıldığı, tedavi sonrasında karşılaşılabilecek problemler, Laterale kaydırılan flep operasyonuna alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim ve bunun sonucunda bana Laterale kaydırılan flep operasyonu yapılmasına izin verdim. Operasyon sonrasında diş hekimimin tarif ettiği bakım kurallarının tümüne uymayı kabul ettim.

#### Tedavi İçeriği

Laterale kaydırılan flep uygulanacağı zaman yapılacak cerrahi işlem operasyon bölgesine lokal anestezi yapılmasıyla başlar. Sonra operasyon bölgesinde dişetine bistüri ile hem yatay hem de dikey kesi yapıp dişeti kaldırılır. Dişeti, yandaki dişteki dişeti çekilmesini kapatacak şekilde yana kaydırılır ve dikiş atılır. Bu arada yandaki diş yüzeyinde bir miktar açıklık kalır. Operasyon bölgesini korumak için pembe renkli koruyucu bir madde konulur. 1 hafta sonra bu madde kaldırılır. Ancak dikişler alınmaz. Dikişler 10-14 gün sonra alınır.



#### Laterale Kaydırılan Flep Uygulamalarına Alternatif Tedaviler

- 1) Diştaşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir. Ancak mukogingival problemler devam edeceğinden dişeti çekilmeniz artabilir, dişteki sıcak soğuk hassasiyeti artabilir, kök çürükleri oluşabilir ve hatta sonuçta diş kayıpları meydana gelebilir.
- 2) Bağ dokusu grefti operasyonu yapılabilir. Greftin alınacağı bölgede dişetine bistüri ile kesi yapılır ve dişeti kapak gibi kaldırılır. Dişetin altından, yerleştirilecek bölgenin alanı kadar bağ dokusu alınır ve kaldırılan kapak yerine kapatılıp dikiş atılır. Alınan bağ dokusu alıcı bölgeye yerleştirilip dikiş atılır.
- 3) Serbest dişeti grefti operasyonu yapılabilir. Teknik bağ dokusu greftine benzer. Ancak burada damaktan alınan doku dişetin dış kısmını da kapsar. Bu nedenle damak kısmı açık



## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

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

### LATERALE KAYDIRILAN FLEP OPERASYONU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ

### HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu: HD.RB.17	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon 15/04/2022	Tarihi:	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	---------------	------------------------	---------	------------------------------

kalır. Bu bölgeye pembe renkli koruyucu bir madde yerleştirilir. Greft alıcı bölgeye dikişler yardımıyla sabitlenir.

#### **Lokal Anestezi İle İlgili Oluşabilecek Sorunlar:**

- 1- Lokal anesteziye karşı önceden geçirilmiş bir alerji geçmişiniz 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 ya da 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.

#### **Dişeti Tedavisi İle İlgili Oluşabilecek Sorunlar:**

- 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- Tedavi sırasında lokal anestezi uygulaması (sprey, jel veya enjeksiyon ile uyuşturma) gerekebilir.
- 3- Tedavi sırasında hafif şiddette ağrı hissedilebilir.
- 4- Dişeti tedavisi mevcut protezlerin çıkarılmasını ve dişeti tedavisi sonrası bu protezlerin yenileri ile değiştirilmelerini gerektirebilir.
- 5- İlk 1-2 günde ağrı, kanama, hafif şişlik, abse ya da deride renk değişimi (ekimoz) oluşabilir (Bunları engellemek için hekimin tavsiyelerine maksimum derecede uyulmalıdır).
- 6- Dişeti hastalığının şiddetine göre dişlerde aralanma, dişeti çekilmesi, dişlerin arasına daha kolay gıda birikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilir.
- 7- Tedavi sonrasında dişlerde hava alma, sıcak-soğuk hassasiyeti oluşabilir.
- 8- Tedavi sırasında dişlerde geçici bir dönem sallanma artışı oluşabilir.
- 9- Dişlerin üzerine bastırınca hafif ağrı hissedilebilir.
- 10- Canlı bir doku olan dişetin yapılıp tedaviye verdiği yanıt (iyileşme) hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bu yüzden tedaviye yanıt alınamayan durumlar olabilir ve tekrarlayan seanslar gerekebilir.
- 11- Bazı dişeti tedavilerinden sonra dokuların tamiri 3-4 hafta sürebilmektedir. Bu nedenle dişeti tedavisi sonrasında protez yapımı için 1 ay kadar beklenmesi gerekebilir.



## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

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

### LATERALE KAYDIRILAN FLEP OPERASYONU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ

### HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu: HD.RB.17	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon 15/04/2022	Tarihi:	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	---------------	------------------------	---------	------------------------------

12- Gerekli dişeti tedavilerinden sonra ilk kontrol randevusu 3 ay sonra, takip eden kontroller genelde 6 ay aralıklarla yapılmaktadır.

13- Bu tedavi sonucunda tam iyileşme olabileceği gibi, gerekli görülen durumlarda ileri periodontal cerrahi tedaviler de önerilebilir.

#### **Operasyon Bölgesinin ve Tüm Ağızın Günlük Bakımı için Onay**

Operasyon bölgesinin uygun şekilde iyileşebilmesi için yapılması gereken günlük ağız bakımı konusunda bilgilendirildim ve talimatlar doğrultusunda bu bakımı yapmayı kabul ettim. Operasyon sonrası 3-4 hafta boyunca kesinlikle sigara içilmemesi gerektiği, sigara içmem durumunda tedavinin başarısız olma olasılığının yüksek olduğu konusunda bilgilendirildim ve bu süre zarfında içmeyeceğimi taahhüt ettim. Ayrıca doktoruma periyodik kontrollere geleceğime söz verdim. Cerrahi işlem sonrası oluşan herhangi bir problem konusunda doktorumu bilgilendirmek benim sorumluluğumdur.

Yukarıda yazılanların hepsini okuduğumu ve anladığımı laterale kaydırılan flep operasyonu ile ilgili bilgilendirildiğimi ve bütün sorularımın cevaplandırıldığını onaylarım.

Hastanın; **Bilgilendirmeyi ve İşlemi yapan Aday Diş Hekimi / Diş Hekimi;**  
Adı Soyadı: Adı Soyadı:  
TC Kimlik No: İmzası:  
İmzası:

Sorumlu Öğretim Üyesi; **Hastanın velisi/ yasal temsilcisi;** **Görüşme tanığının;**  
Adı Soyadı: Yakınlık Derecesi: Adı Soyadı:  
İmzası: Adı Soyadı: İmzası:  
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.).