



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

BIYOPSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| Doküman Kodu :HD.RB.41 | Yayın Tarihi:22.09.2022 | Revizyon Tarihi:- | Revizyon No:0 | Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4 |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|

Sayın Hasta, Hasta Velisi/Yasal Temsilcisi,

Kliniğimizde diş hekimi tarafından muayene edildiniz. Yapılan teşhis ve tedavi planına göre size/refakatinizdeki kişiye cerrahi tedavi gerekmektedir. Bu form size uygulanacak olan tedavileri açıklamaktadır. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamaların amacı sizin/refakatinizdeki kişinin ağız diş sağlığını iyileştirmek için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızın sağlanmasıdır.

HASTANIN DURUMU:

Kliniğimizde yapmış olduğumuz muayene ve tetkikler sonucunda planlanan tedavi ve işlemler aşağıda belirtilmiştir.

Tedavi uygulanacak Evet Hayır

| DİŞ | TEŞHİS | PLANLANAN TEDAVİ |
|-----|--------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

BİLGİLENDİRME

TETKİKLER

*RADYOGRAFİ ÇEKİMİ Uygulanacak

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. Hastada herhangi bir sistemik rahatsızlık, ilaç kullanımı ve hamilelik durumu var ise doktoruna bu durumu bildirmek hastanın sorumluluğundadır.

TEDAVİ ve İŞLEMLER

*LOKAL ANESTEZİ: Uygulanacak

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezi madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuştuğunda anestezi sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Aynı işlem gerekli durumlarda extraoral(ağız dışından) yapılabilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici/kalıcı yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem sedasyon/genel anestezi 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.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

BİYOPSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| Doküman Kodu :HD.RB.41 | Yayın Tarihi:22.09.2022 | Revizyon Tarihi:- | Revizyon No:0 | Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4 |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|

Bu nedenle ısırma ya da yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonrasında anesteziğin etkisi ortadan kalkar. Hastada herhangi bir sistemik rahatsızlık, ilaç kullanımı ve hamilelik durumu var ise doktoruna bu durumu bildirmek hastanın sorumluluğundadır.

*BİYOPSİ

Uygulanacak

Ağız içinde oluşan ve takipleri sonucunda 2 haftadan fazla sürede iyileşmediği tespit edilen yaralar ve şişliklerin tanısının konulabilmesi için patolojik olduğu düşünülen ya da şüphelenilen normalin dışındaki oluşumlardan parça veya ilgili doku küçükse tamamının alınması gerekebilir. Operasyon sonunda dikiş atımı gerekebilir/gerekmeyebilir. Dikiş atılırsa yara bakımı ile ilgili tavsiyeler hastaya verilir. Alınan parça kendisine uygun eğitim verilmiş hastane personeli tarafından hastanemizin anlaşmalı olduğu patoloji laboratuvarına götürülür. Laboratuvar, incelemesi sonucu bir rapor yazar. Laboratuvar sonucuna göre ilgili dokuya müdahale edilir veya edilmez/takibe alınır. Biyopsi işleminde lokal anestezi ve rutin cerrahi operasyon riskleri söz konusu olabilir. Kanama bunlardan en önemlisidir. Eğer herhangi bir sistemik rahatsızlığa sahipseniz ve bir ilaç kullanıyorsanız hekiminiz sizi bu ilacı veren doktorunuza yönlendirerek konsültasyon isteyebilir. Mevcut sağlık durumunuzu hekiminize beyan etmek zorundasınız.

A. ANESTEZİ

Sayın Hastamız; size uygulanacak olan cerrahi işlem sırasında yapılan işlemleri hissetmemeniz amacıyla lokal anestezi uygulayacağız. Bu uygulamalar bilimsel ve etik olarak bütün dünyada kabul edilmiş uygulamalardır. Eğer işlem lokal, bölgesel veya infiltratif anestezi ile gerçekleştirilecek ise uygulamalar esnasında ve sonrasında çıkabilecek sorunlar şunlardır;

1. Tansiyon ve nabız düşmesi: İşlem sırasında veya sonrasında hasta şuurunu kaybedip, bayılmaya kadar gidebilir.
2. Sinirsel Komplikasyonlar: Anestezi sonrası geçici ve kalıcı sinirsel hasarlar (tamamen hissizlik, aşırı hislilik) nadiren de olsa ortaya çıkabilir.
3. Müteakip Anestezi Uygulamaları: Kişiden kişiye değişen anatomik farklılıklar, uygulanan işlem süresinin uzunluğu, hastanın ağrı eşliğinin düşük olması ve işlemde ağrı duyduğunu belirtmesi gibi nedenler ile anestezi tekrarlanabilir. Uygulama sayısı hastanın sistemik durumu izin verecek ölçüde planlanır.
4. Alerjik Reaksiyonlar: Anestezik solüsyonun kişinin vücudunda yarattığı yabancı reaksiyona bağlı olarak ciltte döküntüler, kızarıklıklar ve kaşıntı gibi hafif reaksiyonlar görülebileceği gibi nefes darlığı, nabız düşmesi, tansiyon düşmesi, nefes alma kalp atım işleminin durmasına kadar varabilecek ciddi etkiler görülebilir. Bunlar anestezi uygulanır uygulanmaz görülebileceği gibi işlemde saatler sonrası da ortaya çıkabilir.
5. Ağrı: Anestezi sırasında ve sonrasında bölgede anesteziye bağlı ağrı hissedebilirsiniz. Ayrıca işlem sırasında ve sonrasında baş ağrısı görülebilir.
6. Bulantı-Kusma: İşlem sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda hekim ve ilgili sağlık ekibince gerekli müdahale yapılabilir.
7. Enfeksiyon: Her enjeksiyon bir kere kullanılan enjektörler ile yapılmaktadır. Bunun dışında bölgenin dezenfeksiyonu işlem sonrasında oluşabilecek enfeksiyon kontrolü sağlanmaktadır.
8. Kasları İlgilendiren Komplikasyonlar: Anestezi sonrası uygulama bölgesi ile alakalı olarak kas tutulmasına bağlı hareket kısıtlılığı, buna bağlı ağız hareketlerinde azalma görülebilir.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

BİYOPSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| Doküman Kodu :HD.RB.41 | Yayın Tarihi:22.09.2022 | Revizyon Tarihi:- | Revizyon No:0 | Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4 |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|

9. Hastanın Kendine Verebileceği Zarar: Diş çekimi veya işlemin sona ermesinin ardından anestezinin etkisinin bir süre daha devam etmesi nedeniyle hasta kendi kendine ısırılmaya bağlı olarak zarar verebilir. 10. Hastanın anestezisi sırasında ani hareket etmesi nedeniyle lokal anesteziğin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

11. Özellikle arka bölgedeki dişlerin çekimi sırasında yüzde birkaç saat sürebilen bu bölgedeki damarların daralmasına bağlı renk değişiklikleri gözlemlenebilir.

B. GENEL ANESTEZİ İLE UYGULANACAK İŞLEMİN GENEL RİSKLERİ

- Artmış göğüs enfeksiyon riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT) çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
- Kalpте zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
- İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
- Obez (aşırı kilolu) ve sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

Lütfen aşağıdaki boşluğa el yazınızla "BU ONAM FORMUNU OKUDUM, ANLADIM" yazarak imzalayınız.

Uygulanacak tedaviyi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğu gönüllü olarak;

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi (KSHFT) kapsamında yapılacak işlemler için ücret ödemeyi:

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

Girişimin/tedavinin doğrudan bir öğretim üyesi tarafından uygulanmasını istiyorum, özel muayene talep ediyorum. İlave ücret ödemeyi:

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

Kimlik bilgileri gizli tutularak; hastaya ait klinik ve radyolojik verilerin, röntgen, fotoğraf, video, tetkik sonuçlarının (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb.) ve diğer dokümanların teşhis, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı kullanılmasını:

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

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;



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

BİYOPSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| Doküman Kodu :HD.RB.41 | Yayın Tarihi:22.09.2022 | Revizyon Tarihi:- | Revizyon No:0 | Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4 |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|

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.).