



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

KİST EKSIYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| Doküman Kodu :HD.RB.43 | 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 anestetik madde (sprey) ile diyeti veya yanağın iç kısmı uyuturulur. Bölge uyduğunda anestetik 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. Bu nedenle ısırma yağı 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.

*KİST EKSIYONU Uygulanacak

Daha önce biyopsi alınarak veya alınmadan röntgenler ve klinik muayene sonucu kist teşhisi konulmuş dokuların uzaklaştırılması işlemidir. Boyutuna göre lokal anestezi veya sedasyonla/genel anestezi yapılabilir. Bu operasyon sırasında ve sonrasında kanama, şişlik, lezyonun bulunduğu bölgeye göre hissizlik gibi şikayetler oluşabilir. Lezyonun bulunduğu bölgeden çıkartılmaması ilerleyen zamanlarda çene kırıklarından başlayıp hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşan sonuçlar doğurabilir.

ANESTEZİ

Sayın Hastamız; size uygulanacak olan cerrahi işlem sırasında yapılan işlemleri hissetmemeniz amacıyla genel anestezi uygulayacağız. Bu uygulamalar bilimsel ve etik olarak bütün dünyada kabul edilmiş uygulamalardır. Eğer işleminiz genel anestezi ile uygulanacak bir işlem ise anestezi ve reanimasyon servisinin size vereceği bir broşürde konu ile ilgili tüm detayları öğrenecek ve anestezi doktoruna sorular sorabileceksiniz.

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 şuuru kaybedip, bayılmaya kadar gidebilir.
2. Sinirsel Komplikasyonlar: Anestezi sonrası geçici ve kalıcı sinirsel hasarlar (tamamen hissizlik, aşırı hislilik) nadiren de olsa ortaya çıkabilir.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

KİST EKSİZYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| Doküman Kodu :HD.RB.43 | Yayın Tarihi:22.09.2022 | Revizyon Tarihi:- | Revizyon No:0 | Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4 |
|------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|

3. Mütعاekip Anestezi Uygulamaları: Kişiden kişiye değışen anatomik farklılıklar, uygulanan işlem süresinin uzunluğu, hastanın ağrı eşğinin düşük olması ve işlemden 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 bağı olarak ciltte döküntüler, kızarıklıklar ve kaşıntı gibi hafif reaksiyonlar görülebileceğı gibi nefes darlığı, nabız düşmesi, tansiyon düşmesi, nefes alma kalp atım işleminin durmasına kadar varabilecek ciddi etkiler görülebilir. Bunlar anestezi uygulanır uygulanmaz görülebileceğı gibi işlemden saatler sonrası da ortaya çıkabilir.

5. Hastanın anestezi sırasında ani hareket etmesi ile lokal anestezi iğnesinin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

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.
- Kalp te zorlanmaya bağı 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.

C. AMELİYATIN RİSKLERİ

- Operasyon sonrası genel bir rahatsızlık hali.
- Başka ek tedavileri gerektirebilecek şişlik, kanama ve enfeksiyon.
- Ağız köşelerinde gerilmelere bağı meydana gelebilecek yavaş iyileşen çatlaklar ve ağız yaraları.
- Alt çenedeki dişlerin altında uzanmakta olan sinirde yaralanma olabilir, buna bağı olarak ağrı, uyuşukluk, sızlama ve yanak, dudak, çene ucu, diş etleri ve dilde birkaç hafta, birkaç ay veya nadir durumda sürekli kalabilen duyu bozuklukları.
- Başka ek cerrahi tedavileri gerektirebilecek sinüs (üst dişlerin köklerine yakın olan kemik boşlukları) açılmaları.
- Dişlerde veya restorasyonlarda (dolgu, kaplama) zedelenme olabilir.
- Tamamen çıkartılmış olmasına rağmen aynı bölgede aynı lezyonun yeniden oluşabilme olasılığı.

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

Uygulanacak tedaviyi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğı 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;

Adı Soyadı: Yakınlık Derecesi: Adı Soyadı:

İmzası: Adı Soyadı: İmzası:



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

KİST EKSIZYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| Doküman Kodu :HD.RB.43 | Yayın Tarihi:22.09.2022 | Revizyon Tarihi:- | Revizyon No:0 | Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4 |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|---------------------------|

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.).