



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN OTOJEN KARTILAJ/KEMİK GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İLİAK)

Doküman Kodu:HD.RB.47	Yayın Tarihi:20.12.2012	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------------

TC KimlikNo	
Adı-Soyadı	
Telefon	
Dosya No	
Cinsiyet	E K

A.GENEL BİLGİLER

Alt ve üst çene defektleri doğumsal, edinsel ya da gelişimsel nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır. Edinsel defektler travmalar, tümöral ve kistik oluşumların cerrahi olarak çıkartılmalarını takiben oluşmaktadır. Bu tür defektlerin onarımı için vücudun çeşitli yerlerinden kemik greftlerinin alınması gerekebilmektedir. Kemik greftinin alınacağı yerin seçiminde, defekt bölgesindeki kemiğin devamlılığının sağlanması için gerekli olan kemik miktarı esas alınmaktadır. Kalça bölgesi (iliak kemik) bu amaçla sıklıkla seçilen alanlardan biridir. Bu operasyonda üst çenede/alt çenede mevcut olan defektin kemik grefti ile onarımı gerçekleştirilecektir. Bu girişimde mevcut defektin olduğu bölge ağız içinden ve ağız dışından, boyun bölgesinden (submandibular bölgeden) ve gerekli görülür ise diğer ağız dışı bölgelerden yapılacak kesiler ile açığa çıkarılacaktır. Defekt alanına konulacak kemiği elde etmek için kalça bölgesinden kemik alınacaktır. Ameliyatta cilt üzerine yapılan kesiler ile kalça bölgesine ulaşılacak ve kalça kemiğinde yapılacak kemik kesileri ile defektin onarımı için gereken kemik grefti temin edilecektir.

Elde edilen kemik greftinin defekt alanına konulması ve ağız içindeki ve ağız dışı boyun bölgesindeki (submandibular bölge) kesilerin birbirine yaklaştırılması ile kemik bütünlüğü sağlanmış olacaktır. Başka bir insanın kemiği veya kemiğe benzer üretilmiş malzemeler bir seçenek olmakla birlikte hastanın kendi kemiğinin yerini tutmamaktadır.

Ameliyata ilişkin komplikasyonlar: Kanama,Hissizlik,Kozmetik deformite, Fıtık,Enfeksiyon, Ağrı, Kırık, Yürüme zorlukları, Yara izi kalması, Yürümede güçlük ,ilgili bölgedeki sinir harabiyetine bağlı dudak hareketlerinde fonksiyon kaybı.

ANESTEZİYE AİT RİSKLER: Anesteziye ilişkin herhangi bir soru işaretiniz varsa bunları anesteziist ile görüşün. Bu riskler şunlardır:

1.Entübasyon zorluğu ve trakeostomi gerekliliği: Anestezi için ağızdan nefes borusuna yerleştirilmesi gereken tüp yerleştirilemezse zorunlu olarak boğazın ön kısmından yapılan kesi ile bu tüpün yerleştirilmesi (trakeostomi) gerekebilir. Bu tüpün ameliyattan sonra da bir süre kalması gerekebilir ve bu tüp ile ilgili bazı sorunlar zamanla gelişebilir.

2.Bazı akciğer alanları sönebilir ve buralarda enfeksiyon (mikrobik hastalıklar) oluşabilir. Bu durumda antibiyotikler ve fizyoterapi gerekebilir.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN OTOJEN KARTILAJ/KEMİK GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İLİAK)

Doküman Kodu:HD.RB.47	Yayın Tarihi:20.12.2012	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------------

3.Bacaklarda ağrı ve şişmeye neden olan pıhtılar oluşabilir (derin ventrombozu- derin toplar damarın pıhtı ile tıkanması-DVT). Nadiren bu pıhtılardan bir kısmı koparak akciğerlerinize ve başka organlara gidebilir ve bu ölümcül olabilir.

4.Kalbe binen yük nedeniyle kalp krizi veya inme meydana gelebilir.

5.Uygulamaya bağlı olarak ölüm meydana gelebilir.

6.Şişman insanlarda akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer komplikasyonlarının (olumsuz sonuçlar) oranı fazladır.

7.Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. Prosedürden 6 hafta önce sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir. Alternatif tedaviler: Ameliyat olmamaktır. Ameliyat dışı yöntemler daha az faydalı olmakla birlikte tamamen göz ardı edilemez. Gerekebilecek ek cerrahi işlemler: Komplikasyon(olumsuz durum) gelişmesi durumunda ek tedavi ve cerrahi operasyonlar gerekli olabilir. Tıp ve cerrahide kesinlik yoktur. İyi sonuçlar beklense de elde edilebilecek sonuçlar hakkında hiçbir garanti veya teminat verilemez. Mali sorumluluklar: Cerrahi için gereken masrafların hastane ve doktorun ücretini kapsayıp kapsamadığını ve ödeme şekillerini mutlaka sorunuz. Beklenmeyen durumlar ve komplikasyonlar için ek ödemeler ve ücretlerden sorumlu olacaksınız.

uygulamalara karar vermeleri ve yapmalarını ve ayrıca onların uygun göreceği ilgili dallardaki uzmanların cerrahi girişime katılmalarını onaylıyorum. Yukarıdaki

D. ÖNEMLİ RİSKLER VE KONU İLE İLGİLİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Doktor; benim için önemli riskleri, problemleri ve komplikasyon gelişirse oluşabilecek sonuçları tarafıma anlatarak açıkladı. Doktor; konu ile ilişkin tedavi seçeneklerini açıklaması yanında işlem dışında gelişebilecek riskleri de açıkladı.

E. İŞLEM VE DURUMLAR

“Yukarıdaki durumlar doktor tarafından tarafıma açıklandı”(Hastanın kendi kelimeleriyle)

.....
.....
.....
.....



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN OTOJEN KARTILAJ/KEMİK GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İLİAK)

Doküman Kodu:HD.RB.47	Yayın Tarihi:20.12.2012	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------------

F. HASTA İZİNİ

Şunları Kabul Ediyorum;

Doktor, tıbbi durumumu uygulanacak prosedürleri açıkladı. Uygulanacak işlemlerin risklerini,

bana özgü olabilecek riskleri ve olası sonuçları anladım. Doktor; konu ile ilgili diğer tedavi

seçeneklerini ve ilişkili riskleri açıkladı. Doktor; anestezi risklerini ve anestezi risklerini arttıran faktörleri açıkladı.

Durumum, riskler, uygulanacak tedavi ve tedavi seçenekleri hakkında, endişelerim için doktora sorular sorabildim. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum.

Uygulanacak işlemlerin, uzman cerrahi doktoru nezaretinde eğitim maksadıyla diğer doktorlar tarafından yapılabileceğini anladım. Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil, hayatı tehdit eden durumlar ve nasıl müdahale edilebileceğini anladım. Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştirebileceğinin garantisi olmadığını ve daha da kötü olma ihtimalim olduğunu anladım.

Cerrahi komplikasyonlar ek masrafları gerektirebilir. ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN OTOJEN KEMİK GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ilgili doktordan konulan tıbbi teşhis ve mevcut durumla ilgili detaylı bilgi aldım ve bu durumu anladım. Doktorlar uygulanacak olan cerrahi işlem ile ilgili yararları anlattılar ve anlatılan işlemin yararlarını anladım. Doktorlarım tarafından anlatılan ameliyata ilişkin risklerin tamamını dinledim ve anladım. Tıbbi durumum ,tedavi ve riskleri ile alternatif tedaviler hakkındaki sorularımı doktorumla tartıştım, sorularım ve düşüncelerime tatmin olduğum cevaplar aldım. Cerrahinin gerekliliklerini tam olarak yerine getirebilmek için ameliyat öncesindeki bulguların yanında ve daha önemli olarak ameliyattaki bulgulara dayanılarak ameliyat öncesi yazılı ve sözlü olarak anlatılandan daha geniş cerrahi girişim yapılma zorunluluğu oluşabileceği ve bende daha fazla sekel kalabileceği belirtildi. Ameliyat esnasında gerektiğinde kan verilmesini kabul ediyorum. Ameliyat sırasında organ ve dokuların çıkarılabileceği, bunların analiz amaçlı bir süre saklanacağı ve sonrasında hastane tarafından atılacağı konusunda bilgilendirildim. Ameliyat sırasında hayati tehdit edici olaylar gelişebileceği konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim. Ameliyat sırasında fotoğraf ve video görüntülerinin alınabileceği ve bunların daha sonra sağlık çalışanlarının eğitiminde kullanılabileceğini biliyorum. Ameliyatın durumunun daha iyiye yada daha kötüye götürebileceğine dair hiçbir garantinin olmadığını anladım. Ameliyat sırasında veya sonrasında ya da anestezi sırasında önceden bilinmeyen durumların ortaya çıkması halinde yukarıda anlatılanların dışında işlemlerin gerekebileceğini anladım. Bu durumda yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarının gerekebilecek



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN OTOJEN KARTILAJ/KEMİK GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İLİAK)

Doküman Kodu:HD.RB.47	Yayın Tarihi:20.12.2012	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

Yukarıdaki ifadelere dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI RİCA EDERİM.**

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;

Adı Soyadı: Yakınlık Derecesi: Adı Soyadı:



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ A.D

ALT VE ÜST ÇENE KEMİKLERİNİN OTOJEN KARTILAJ/KEMİK GREFTİ İLE REKONSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İLİAK)

Doküman Kodu:HD.RB.47	Yayın Tarihi:20.12.2012	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
--------------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

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.).