



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ A.D.
LOKAL ANESTEZİ ALTINDA YİRMİŞ YAŞ DİŞİ ÇEKİMİ ONAM FORMU

Doküman Kodu:HD.RB.55	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

TC Kimlik No	
Adı-Soyadı	
Telefon	
Dosya No	
Cinsiyet	E K

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 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 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 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. AMELİYATIN RİSKLERİ

- 1. Kanama:** Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içerisinde olabilir. Ameliyat esnasındaki yoğun kanama nedeniyle tamponlanma yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasındaki kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlanma veya başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı nedeniyle kan transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.
- 2. Sinir Yaralanması:** Operasyon esnasında bu bölgedeki sinir zedelenebilir. Bu durum ya ameliyat esnasında sinirin tam kesişine bağlı olarak veya ameliyat sonra sinirin etrafındaki ödem ve bastıya bağlı olarak gelişebilir. Her iki durumda geri dönüşümsüz olabilir.
- 4. Enfeksiyon:** Ciltte, dikiş yerlerinde veya yumuşak dokuda gelişebilir. Bu durumda şişlik ve ağrı oluşur. Ekimoz ve hematoma bağlı şişlik ve ağrı oluşur. Antibiyotik ve gerekirse küçük bir cerrahi işlem olan drenaj uygulanabilir.
- 5. Hematom:** Cerrahi işlemden sonra kanın doku arasına birikmesi nedeniyle meydana gelebilir. Ekimoz ve hematoma bağlı sararma ve morarmalar oluşabilir. Bunlar genellikle birkaç gün içinde kendiliğinden geçer.
- 6. Ödem:** Özellikle zor çekimlerden sonra doku aralarında eksuda toplanmasına bağlı olarak yüz bölgesinde şişlikler meydana gelebilir. Ödeme bağlı olarak ağız hareketlerinde kısıtlama meydana gelebilir. Şişlik ilk birkaç günden sonra operasyonun büyüklüğüne ve yapılan bölgeye bağlı olarak bir hafta/10 gün içinde kendiliğinden geçer.
- 7.** Hastanın kontrolsüz hareketine bağlı diş çekimi sırasında sinir yaralanmasından dolayı geçici veya kalıcı his, tat ve koku değişiklikleri(azalma, bozulma, kaybolma) oluşabilir. Dişeti, yanak ve dudak mukozasında sert ve yumuşak damakta, küçük dilinizde aletlerin kaymasına bağlı zedelenme, ezilme, batma vs. meydana gelebilir.
- 8.** Çekim sırasında dişin kök yapısına, çene kemiğinin yoğunluğuna, dişin kökleriyle kemik arasındaki kaynaşmaya, özellikle yaşlı bireylerdeki esneme kabiliyetinin azalmasına, daha önce kanal tedavisi geçirmiş olmasına veya aşırı çürük olmasına bağlı kırılabilir.
- 9.** Üst yirmi yaş dişinin çekimi sırasında eğer kemik ile diş arasında ankiloz (kaynaşma)söz konusu ise çevre kemik doku (tüber maksilla) dişle birlikte gelebilir.
- 10.** Her ne kadar geniş mesafeli çeneye sahip olduğu gözlene de bir takım patolojik değişiklikler veya çenenin aşırı derecede incilmesi nedeniyle çekim sırasında çene kırıklarına rastlanabilir. Bu durumda hekim tarafından gerekli önlemler alınır.
- 11.** Gerek dişin anatomik formundan, gerek bölgedeki kemiğin inceliğinden dolayı, hastanın ani hareketlerinden dolayı ilgili diş komşu anatomik boşluklara kaçabilir.
- 12.** Anatomik yakınlıklarında dolayı özellikle üst çene yirmi yaş dişlerinin çekimi sırasında ilgili dişin sinüs boşluğuna kaçması söz konusu olabilir.
- 13. Eklem sıkıntıları:** Çekim zorluğuna bağlı olarak eklemlerinizde geçici ve kalıcı olarak çene eklemi problemi ortaya çıkabilir.
- 14. Alveolit:** Çekim sonrası özellikle tükürmeye, ağız bakımına dikkat etmemeye, çekim soketinde yemek atıklarının birikmesine ve sigara içmeye bağlı olarak çekim yeri enfeksiyonu meydana gelebilir.
- 15.** Sistemik rahatsızlığı olan (immün yetmezlik sendromu, kemoterapi, radyoterapi gören hastalar vb.) hastalarda çekim sonrası sert ve yumuşak doku iyileşmelerinde rahatsızlıklarına bağlı olarak gecikme ve iyileşmeme görülebilir.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ A.D.
LOKAL ANESTEZİ ALTINDA YİRMİŞ YAŞ DİŞİ ÇEKİMİ ONAM FORMU

Doküman Kodu:HD.RB.55	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

C. 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.

D. İŞLEM VE DURUMLAR

"Yukarıdaki durumlar doktor tarafından tarafıma açıklandı"(Hastanın kendi kelimeleriyle)

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

E. 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 garantisiz olduğunu ve daha da kötü olma ihtimalim olduğunu anladım.

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;

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.).



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ A.D.
LOKAL ANESTEZİ ALTINDA YİRMİŞ YAŞ DİŞİ ÇEKİMİ ONAM FORMU

Doküman Kodu:HD.RB.55	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------------



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ A.D.
LOKAL ANESTEZİ ALTINDA YİRMİŞ YAŞ DİŞİ ÇEKİMİ ONAM FORMU

Doküman Kodu:HD.RB.55	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------