



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

**LOKAL ANESTEZİ ALTINDA ORAL CERRAHİ İŞLEM HASTA BİLGİLENDİRME VE AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Doküman Kodu:HD.RB.56	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

Sayın Hasta, Hasta Velisi/Yasal Temsilcisi,

**PROTOKOL NO:**

Yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Kliniğimizce sunulan tedavi hizmetlerini kabul edip etmemeniz hususunda karar vermeden önce klinik muayene, size konulan tanı, yapılması planlanan girişimler ve bu girişimlerin olası risk ve yan etkileri konusunda bilgilendirme hakkına sahipsiniz. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak tedavileri kabul etmiş olacaksınız. Bu form ile amaçlanan, sizi tüm detaylar hakkında bilgilendirmek ve ağız ve diş sağlığınız ile ilgili muayene ve tedaviler için onayınızı almaktır.

**\*ANAMNEZ ALMA**

Uygulanacak

Anamnez başvuru anındaki ve geçmişteki şahsi, sosyal, ailevi ve sağlık durumunun tespit edilmesi, şikayetlerin ve hekime müracaata kadar geçen zaman içinde hastalığın seyri ile ilgili bilgilerin toplanmasıdır. Amacı hasta ile hekimin iletişimini sağlamak, ön tanıya varmak için gerekli verileri toplamak ve hastanın istekleri ile ilgili bilgi edinmektir. Hekim gerekli gördüğünde uzman hekimin görüş ve tetkiki (konsültasyon) isteyebilir.

**Anamnez alma işleminden beklenenler:** Muayene ve diş tedavisi sırasındaki uygulamaları etkileyecek bir hastalığınızın ve kullandığınız bir ilacın olup olmadığının belirlenmesidir.

**Anamnez alınmazsa oluşacak riskler:** Anamnez alınması sırasında doğru ve eksiksiz bilgiler verilmez ise muayene ve diş tedavisi sırasında hayati tehlikeye neden olacak durumlarla karşılaşılabilir.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 10-15 dk.

**\*AĞIZ İÇİ VE ÇEVRE DOKULARIN MUAYENESİ**

Uygulanacak

Klinik muayene, baş, deri, gözler, iskelet yapısı, lenf nodları, çiğneme kasları, tükürük bezleri, çene eklemi, ağız boşluğundaki dişeti, dil, yanak gibi yumuşak dokuları ve dişler, kemik gibi sert dokuları kapsar.

**Muayeneden beklenenler:** Tedavi gereken dişlerin belirlenmesi, dil, yanak, dudak gibi yumuşak dokularda mevcut olan yara, kitle gibi durumların tespit edilmesi.

**Muayene yapılmazsa oluşacak riskler:** Şikayetin olduğu diş ya da bölge belirlenemez.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 10-15 dk.

**\*LOKAL ANESTEZİ**

Uygulanacak

Lokal anestezi; tedavileri esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topical anestetik madde ile dişeti, ağız tabanı veya dudak/yanağın iç kısmı uyuşturulur. Lokal anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 1-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar. Bu uygulamalar bilimsel ve etik olarak bütün dünyada kabul edilmiş uygulamalardır.

**Lokal anestezi den beklenenler:** Yapılacak olan girişimler sırasında (diş çekimi, vs.) sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır.

**İşlem lokal, bölgesel veya infiltratif anestezi ile gerçekleştirilecek ise uygulamalar esnasında ve sonrasında çıkabilecek sorunlar:**

Lokal anestezi sonrası bu bölgede 1-4 saat ağrı duyusunda kayıp, konuşma, çiğneme ve yutkunma fonksiyonlarında bozukluk yaşayabilirsiniz. Anestezi yapılmadan hamilelik (ilk 3 ay ve son 3 ay tehlikeli olabilir) ve herhangi bir sistemik hastalık varsa işlemi yapacak hekim bilgilendirmelidir. Aşırı derecede alkol kullanımı anestezinin etkisini zayıflatabilir.

Tansiyon ve nabız düşmesi: İşlem sırasında veya sonrasında hasta şuurunu kaybedip, bayılmaya kadar gidebilir.

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.**

**LOKAL ANESTEZİ ALTINDA ORAL CERRAHİ İŞLEM HASTA BİLGİLENDİRME VE AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Doküman Kodu:HD.RB.56	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

Müteakip Anestezi Uygulamaları: Kişidenkişiyedeğişen anatomik farklılıklar, uygulanan işlem süresinin uzunluğu, hastanın ağrı eşliğindedüşük olması ve işlemden ağrı duyduğunu belirtmesi gibi nedenler ile anestezi tekrarlanabilir. Uygulama sayısı hastanın sistemik durumu izin verecek ölçüde planlanır.

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.

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

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 10-15 dk.

**\* DİŞ ÇEKİMİ**  **Uygulanacak**

Diş Çekimi işlemi;aşırı madde kaybı olan dişler, ağızda kalmış kökler, kanal tedavisi yapılamayan veya kanal tedavisi başarısız dişler, sallanan dişler, protez yapmak yada ortodontik nedenle yapılabilir..

**İşlemden beklenenler:** Ağrı, enfeksiyon odakları, kronik apseler ortadan kaldırılır, protetik ve ortodontik tedaviler için ağız hazırlanır. Enfeksiyon vücudun diğer organlarına yayılarak zarar vermesi engellenir.

**İşlemin Riskleri ve Olası Komplikasyonları:**

- 1.İşlem sonrası evde istirahat gerektirebilecek ağrı ve şişlik olabileceği,
- 2.Komşu dişlerde veya diş köklerinde hasar, dolguların düşmesi, kaplamaların çıkması veya zarar görmesi ile karşılaşılabilceği,
- 3.Ek tedavi gerektirebilecek işlem sonrası enfeksiyon olabileceği,
- 4.İşlem sırasında ağız kenarının görüş ve erişim arttırmak için açılması (aletler yardımıyla) sonucunda küçük çatlak ve ezikler görülebileceği,
- 5.İşlem sonrasında bir süre ağız açmada kısıtlılık ve çene eklemine ağrı bununla birlikte kanama zamanında uzama ile hematoma oluşma riski ve tedavisi için ek medikal gereksinimi ortaya çıkabileceği,
- 6.Çene kemiğinin ve yumuşak dokunun duyarlılığını sağlayan sinir dallarında oluşabilecek hasara bağlı olarak ameliyat edilen bölgede (çene ucunda, dudaklarda, yanakta, dişetinde, dilde veya dişlerde) gelişebilecek uyuşukluk, ağrı ve karıncalanma hissi olabileceği ve bu semptomların günler içerisinde geçebileceği gibi daha uzun süre sürebileceği,
- 7.Sinüs, mandibular kanal (alt çene sinirinin geçtiği kanal) vb. anatomik boşluklara kök veya dişler kaçabilceği,
- 8.Ek tedavi gerektiren sinüs açılımı (üst çenenin arka bölgesinde yer alan dişlerin köklerini çevreleyen sinüs boşluğunun ağız ortamına açık hale gelmesi) olabileceği,sinüs açılımı olması halinde sinüzit bulguları gelişebileceği, ek medikal veya cerrahi tedavi gerekebileceği ve bu durumlara bağlı olarak iyileşme süreci uzayabileceği,
- 9.Cerrahi işlem sırasında önceden tahmin edilemeyen bazı durumlara karşılaşılabilceğim ve bu durumlarda cerrahinin seyrinin ve süresinin değişebileceği, planlanan cerrahi yöntemde farklılıklar oluşabileceği konusunda bilgilendirildim.
- 10.Önerilen tedavinin var olan durumlarda belirgin bir ilerlemeye yol açması ve dental sağlığını iyileştirmesi beklendiği, buna rağmen kesin başarı oranının tahmin edilmesinin mümkün olmadığı, en uygun tedavi çabasına rağmen başarısızlık, geri dönüş ve tedavinin tekrarı gerekebileceğini anladım.
- 11.Tütün kullanımı ve sigara bağımlılığının operasyonun başarısında ciddi olumsuz etki yarattığı konusunda bilgilendirildim.
- 12.İleri derecede koroner yetmezlik, geçirilmiş kalp krizi veya kalp kapağı hastalıklarının anestezi ile operasyonun neden olacağı riskleri arttırabileceği, ayrıca bazı hastaların nadiren de olsa operasyon esnasında veya sonrasında kalp krizi geçirebileceğimi biliyorum.
- 13.Operasyon sırasında ve sonrasında tansiyon düşüklüğü veya yüksekliği gelişebileceği, buna bağlı olarak tedavimin ertelenebileceğini biliyorum.



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

**LOKAL ANESTEZİ ALTINDA ORAL CERRAHİ İŞLEM HASTA BİLGİLENDİRME VE AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Doküman Kodu:HD.RB.56	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

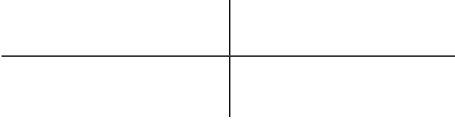
14.Hastalığımla ilgili tüm klinik ve radyolojik incelemelerin ve yapılacak tedavim ile ilgili sonuçların, kimlik bilgilerimin gizli kalması koşulu ile bilimsel çalışmalar için yayınlanmasına izin veriyorum.

15.Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünlerinin uygulanmasına izin veriyorum.

**İşlemin alternatifi:** Yok

**İşlem Süresi:** Diş çekim süresi hastaya ve dişin pozisyonuna göre değişebilir.

**TEDAVİ PLANI:** Bu bölüm hastanın hekimi tarafından doldurulacaktır.



**Sistemik/bulaşıcı hastalık:**

**Kullanılan ilaç:**

**KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ FİYAT TARİFESİ (KSHFT):**Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri, kişiler Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında olsa dahi Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.Ayrıca, hizmetin GSS kapsamında olmadığı, GSS kapsamında olduğu halde sağlık hizmet bedelini hastanın kendisinin ödeyeceğini beyan ettiği ve GSS kapsamında olduğu halde SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)hükümleri çerçevesinde SGK tarafından ödenmediği durumlarda sunulan sağlık hizmet bedelleri Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.

**HASTA/HASTANIN VELİSİ/HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİ OLARAK;**

▪ Yapılacak tedavi veya tanı amaçlı girişimler, tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskler anlatıldı. Randevularıma zamanında geldiğim ve hekimin anlattığı kurallara düzenli şekilde uyduğum taktirde yapılacak tedavinin başarısının artacağı tarafıma bildirildi. Tedaviyi reddetme ve sonlandırma hakkım olduğunu biliyorum. Önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Hekimimin planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. Uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler anlatıldı.Yapılacak girişimler ve tedavi ile ilgili bilmek ve öğrenmek istediğim her şeyle ilgili soru sormam için fırsat verildi ve bu konuda tatmin edici yanıtlar aldım. Uygulanacak işlemlerin ve tedavinin ağız, diş sağlığı ve görünümümün daha iyi olması amacıyla yapıldığını ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini, her hasta için ayrı bir “en iyi sonuç” olduğunu,

- Muayene ve değerlendirmeleri,
- Tedavilerin lisansüstü öğrenciler gözetiminde ve öğretim üyeleri sorumluluğunda aday diş hekimleri tarafından yapılmasını,
- Çekilmiş diş/dişlerimin eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmasını,
- Var olan hastalıklarımı (kalp,şeker,tansiyon vs), bulaşıcı hastalıklarımı (nezle, grip, hepatit, vb.), kullandığım ilaçları ve alerjim olup olmadığını diş hekimine bildireceğimi ve diş hekiminin dış kaynaklı konsültasyon istemlerini kabul ediyorum.

Bu onam formu, imzaladığım tarihte ve Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A.D.’na başvurum sırasında geçerlidir.

Bu formda belirtilen tüm ifadeler ışığında “Yukarıda yazılanları okudum, sorumluluklarımı anladım, karar vermem için yeterli süre tanındı, yazılanlar bana açıklandı ve işlemin yapılması için onay veriyorum” ifadesini okuyup kendi el yazınız ile yazınız.



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

**LOKAL ANESTEZİ ALTINDA ORAL CERRAHİ İŞLEM HASTA BİLGİLENDİRME VE AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Doküman Kodu:HD.RB.56	Yayın Tarihi:26/02/2024	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:0	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------	---------------------------

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 işlemi 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.).