



Doküman Kodu:	HD.RB.09	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

Sayın Hasta / Yasal Temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size / hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları/bir kısmını reddetmek, kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. **Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.** Merkezimizce sunulan Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ve önerilen tedaviyi kabul edip etmemeye karar vermeden önce, yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri **Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir.** Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.) **aspirin ve coumadin vb. pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere bulaşıcı bir hastalığı (hepatit vb) kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları** hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. **Diş hekiminiz tarafından uygulanacak tedaviler hakkında** aşağıda verilen bilgilendirme formunu dikkatle okuyup formu imzalayınız. Anlayamadığınız hususların hekiminiz tarafından açıklanmasını isteyiniz

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI:

PLANLANAN TEDAVİ/İŞLEM:

İŞLEMİ YAPACAK HEKİM ADI/SOYADI:

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

- İMLANTLAR, çene kemiği içerisine cerrahi olarak yerleştirilir. İmplant yerleştirilecek bölgede önce yumuşak doku üzerinde bir kesi yapılır. Kemik açığa çıkarılarak özel uçlarla implant yuvası hazırlanır. Daha sonra implant çivisi çene kemiğinde açılan bu yuvaya yerleştirilir, dişeti dikişlerle kapatılır.
- Genellikle 2-4 ay veya gerekli olduğu takdirde daha uzun süre iyileşmeye bırakılır. İyileşme döneminden sonra ikinci bir cerrahi işlem ile implantın üzeri açılır ve proteze destek olacak parçalar takılır.
- Bir sonraki aşama ise protez yapımıdır. Cerrahi öncesi kemiğin yükseklik, genişlik ve uygunluğunu tespit etmek için detaylı pek çok inceleme yapılmasına rağmen implantın yerleştirilmesi sırasında yetersiz veya düzensiz kemik şekliyle karşılaşılabilir.
- Böyle durumlarda kemik grefti uygulaması ve bazı ilave cerrahi işlemler gerekebilir.
- Kemik grefti veya ilave cerrahi işlemlerin uygulanması durumunda tahmin edilen tedavi süresi uzayabilir. İmplant tedavisinin başarısı pek çok faktöre bağlıdır.
- İmplant cerrahisi öncesi hastanın tüm periodontal tedavilerinin bitmiş olması ve hastanın iyi bir ağız bakımına sahip olması gerekir. Ayrıca implant tedavisinin başarısını azaltan hastaya ait bazı faktörler vardır. Bunlara örnek olarak diyabet, aşırı alkol tüketimi, sigara, bazı ruhsal bozukluklar, kan hastalıkları, bağışıklık sistemi bozuklukları, kortizon kullanımı ve radyasyon tedavisi verilebilir. Operasyon sonrası o bölgeye uygulanacak özenli ve uygun bakım, ağızdaki dişli bölgelerin fırçalanması, gargara yapılması ve doktorunuzun önerdiği tüm hijyen kurallarına uyulması tedavinin başarısı için çok ciddi bir önem taşır.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

- İmplant Cerrahisi ile bahsedilen sorunların ilerlemesinin durdurulması ve tedavisi amaçlanmaktadır. Her türlü dişsizliğin ve eksik fonksiyonların giderilmesi beklenmektedir

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- İmplant uygulaması yapılmadan dişsiz boşluklar başka protetik yöntemlerle de restore edilebilir veya restorasyon yapılmadan mevcut durumun devamı tercih edilebilir.
- Herhangi bir tedavi uygulanmadığında diş kaybı olan bölgede çene kemiğimin zamanla eriyebileceğini ve bunun gelecek yıllarda protez kullanımında tutuculuk, fonksiyon ve estetik problemleri yaratabileceğini bilmeniz gerekir.

Doküman Kodu:	HD.RB.09	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İmplant destekli protezlere alternatif tedavi seçenekleri bulunabilir.
- Ancak, kaybedilmiş diş sayısı, kalan dişlerin tipi, yerleşimi ve sağlığı gibi değişken faktörler söz konusu olduğu için, her kişiye önerilecek uygun protez seçenekleri farklı olacaktır.
- Klasik yöntemlerle de eksik dişleriniz telafi edilebilir. Size uygun seçenekleri, avantaj ve dezavantajlarını hekiminiz anlatacaktır.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir.
- Lokal anesteziye karşı önceden geçirilmiş bir alerji geçmişiniz varsa, kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon ve diğer genel sağlıkla ilgili bir rahatsızlığınız varsa mutlaka hekiminizi uyarınız.
- Yanlış beyan nedeni ile olabilecek sorunlardan hekiminiz sorumlu değildir. Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, geçici ya da kalıcı sinir harabiyeti ve beklenmeyen alerjik reaksiyonlar gelişebilir.
- Alerjik reaksiyonlar; kaşıntı, döküntü, bulantı, kusma, solunum zorluğu, kalp atışında artış (taşikardi) veya azalma (bradikardi), çok düşük bir ihtimalle hayati tehlike şeklinde olabilir.
- Ağız hijyeninin iyi olmaması, verilen randevuların aksatılması ve hekimin tedaviyle ilgili öneri ve uyarılarına uyulmaması gibi nedenlerle başarılı sonuçlar elde edilemeyebilir.
- Operasyon sonrası morarma, şişlik, kanama, enfeksiyon, ağzın açılmasında zorluk, dokularda hissizlik ya da duyu değişiklikleri görülebilir. Bunların yanı sıra komşu dişte hasar üst çenede sinüs ve burun tabanı zedelenmeleri görülebilir.
- Enfeksiyonlar; hem implantın hem de etrafındaki sağlıklı kemik dokusunun kaybedilmesiyle sonuçlanabilir.
- İmplantın kemikle kaynaşmaması durumunda çıkartılması gerekebilir.
- Cerrahi uygulamadan sonra birtakım ağrılar, şişlikler, morarmalar olabilmektedir. Ancak bu sorunların bir hafta içerisinde ortadan kalması gerekmektedir. Aksi durumda bir an önce hekimle irtibata geçilmesi gereklidir.
- Operasyon sonrası, şişlik, ağrı, kanama ve morarma, Duyu sinirlerinin hasar görebilmesi ve bunun geçici/kalıcı hissizlik oluşturabilmesi, birkaç gün sürebilecek ağız açmada kısıtlılık, çene eklemine zorlanma olabilir,
- Üst çenede sinüslerin açılması ek tedavi gerektirebilir. Eğer sinüse girilir ise, bir kaç gün süren sinüzit bulguları görülebilir. Bu durumda bazı ilaçlar kullanılacak ve ek tedavi süresi gerekecektir. Gerekirse kulak burun boğaz Uzmanından konsültasyon istenebilir.
- Tedavi sırasında ve sonrasında dişeti seviyesinde farklılıklar meydana gelebilir. Buna bağlı olarak görünüm de değişiklikler meydana gelebilir.
- İmplantın çıkartılmasını gereken durumlar ile karşılaşılması, (Operasyon sırasında veya sonrasında diş çekimi, kanal tedavisi, biyo-materyal uygulaması gibi ek veya farklı uygulamalar)hekim tarafından önerilir.
- Bazı durumlarda implantın iyileşmesinde gecikme ya da iyileşmemesi sonucunda yerleştirilen implantın çıkarılıp yerine yenisinin takılması gerekebilir.
- İmplant tedavisi sonrasında dişetinin iyileşmesi yaklaşık 10 gün kadar sürerken kemik iyileşmesi yaklaşık 3-6 ay kadar sürebilir. Sinüse kemik ilavesi gereken durumlarda ise üst çenede iyileşme 9 aya kadar uzayabilir. İmplant operasyonu sonrasında hekiminizin size anlattığı tavsiyelere harfiyen uymanız önemlidir. Uyulmaması durumunda istenmeyen bazı durumlar oluşabilir.
- İmplant uygulamaları sırasında gerekli olduğu takdirde sentetik veya hayvan kaynaklı kemik ve benzeri malzeme kullanılmaktadır. Bu maddelerin kullanılmasını istemiyorsanız mutlaka doktorunuzu bilgilendiriniz.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Operasyonun tahmini süresi kişiye ve uygulamaya göre değişebileceği için, hekiminiz bilgilendirme yapacaktır.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanacaksa eğer, gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuduğunda anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir.
- Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestetik maddeler uygulama yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak

Doküman Kodu:	HD.RB.09	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar. Bu nedenle ısırma ya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissiyet geçene kadar yeme içme önerilmez.

- Uygulama esnasında kanama oluşması durumunda çeşitli kanama durdurucu ilaçlarla (Transamine amp ve K vit.amp. vb.) çeşitli kanama durdurucu tıbbi malzemeler, antienflamatuar ajanlar, greft-membran materyali, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.
- İşlem sırasında ve sonrasında bazı ilaçlar kullanmanız gerekecektir. Hekiminizin kullanmanızı önereceği ilaçların bazı yan etkileri olacaktır. Bu yan etkilere bulantı, kusma, halsizlik ve uyku hali, anafloktoid reaksiyonlar gibi durumlar da dahildir.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- İşlem lokal/ bölgesel /infiltratif altında yapılabilecektir. Bu nedenle işlem **öncesinde 3 gün süreyle aspirin, E vitamini, coenzim Q vb. gibi kan sulandırıcı almamanız** gerekir. İlaç veya benzeri maddeler kullanıyorsanız veya **AİDS, Hepatit B/C** gibi bulaşıcı bir hastalığınız veya şeker, kalp, yüksek tansiyon veya böbrek yetmezliği gibi bir sorunuz varsa bunları mutlaka hekiminize bildirmanız gerekir.
- Anestezik madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekiminize söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. Sonrasında da iyileşme sürecini engel olur.
- Ağız içinde işlem yapılırken ani hareketlerden (başı hareket ettirme, elle müdahale etme) kaçınınız. Dikkat etmemeniz çevre doku yaralanmaları ve komşu dişlerde yaralanmaya sebep olabilir.
- Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. İşlemden **6 hafta önce** sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir.
- Enfeksiyonlar dan korunması için ağız bakımı (gargara, vb.) dikkat edilmelidir,
- Uygulama sonrası 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemeli, ilk günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır. Soğuk sıcak içecek ve yiyeceklere karşı bir dönem hassasiyet olabilir.
- Ağrı şikayetiniz sürekli olursa lütfen hekiminizle irtibatla bulununuz.
- İşlem sonrası 3-4 hafta boyunca sigara içilmemesi gereklidir.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uygulanması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında hekiminiz bilgilendirme yapacaktır. Uygulamadan sonrası ağız tamponu yarım saat çıkarılmamalı, tampon sık sık değiştirilip tükürülmemelidir. Aksi durumda kanamanız artar.
- İlk 2-4 saat bir şey içme ve yememeli, diğer günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır.
- İşlem sonrasında çekim yerinin enfeksiyonlar dan korunması için ağız temizliğine (diş fırçalama, vb.) dikkat edilmelidir.
- İşlem sonrası da gerekirse dikiş atılacağı için, işlemden sonra bölge iyileşene kadar düzenli pansumanlar yapılması gerekir ve Hekimin belirlediği tarihlerde mutlaka periyodik kontrollere gelinmesi gerekmektedir.
- **Protez işlemi tamamlandıktan sonra yılda bir kere klinik ve radyolojik kontrol yapılması gerekmektedir.**

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:

- Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek klinik/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.
- Kurumumuzda yapılan uygulamalarla ilgili olası yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Herhangi bir komplikasyonla karşılaştığınız da; kliniğimize randevusuz olarak başvurabilirsiniz. **Telefon: 0 232 330 04 67/68**
- **Tıbbi araştırma:** Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve Hekim eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla rıza (onam) veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatür de yayınlanmasına rıza(onam) veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.



Doküman Kodu:	HD.RB.09	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	4 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan hekim tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tedavinin/işlemin amacı, nedenleri ve faydaları, riskleri, komplikasyonları, alternatifleri ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.(El yazısı ile **"OKUDUM, ANLADIM, BİR NÜSHASINI TESLİM aldım"**)

Hasta**İmza****Rızanın Alındığı Tarih / Saat**

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

.....

...../...../..... ..

HASTA ONAY VEREMEYECEK DURUMDA İSE:**Hasta / yasal temsilcisi****İmza****Rızanın Alındığı Tarih / Saat**

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

.....

...../...../..... ..

HASTANIN ONAY VEREMEME NEDENİ (HEKİM TARAFINDAN DOLDURACAK):

Yukarıda ismi yazılı hastaya/ yasal temsilcisine tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi/işlem, bu tedavinin/işlemin amacı, nedeni ve faydaları, tedavi/işlem sonrası gereken bakım, tedavinin/işlemin riskleri ve komplikasyonları, tedavinin/işlemin alternatifleri, tedavi/işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/ yasal temsilcisi, tedaviye/işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

TEDAVİYİ / İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİM**İmza****Tarih / Saat**

Adı Soyadı:.....

...../...../..... ..

Unvanı :.....

HASTANIN DİL / İLETİŞİM PROBLEMİ VAR İSE:

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın**İmza****Tarih / Saat**

Adı Soyadı (el yazısı ile):

...../...../..... ..

AÇIKLAMA:

- Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikâyetleriniz de veya değinmek istediğiniz her konuda **Hasta Hakları Birimine** başvurabilirsiniz.
- Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu rıza (onam) belgesini imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.