



Doküman Kodu:	HD.RB.11	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:

- Yapılacak işlem genel anestezi (ve/ veya lokal anestezi) altında kist enükleasyonu (tümör veya organın bir bütün olarak vücut dışına çıkartılması) operasyonudur.
- Bu tedavi sırasında yumuşak dokuların altındaki kemiğe ulaşılacak ve kemiğin içerisindeki kiste ulaşabilmek için kemik dokusundan bir miktar çıkarılması gerekebilecektir. Kistin yarattığı harabiyet miktarına bağlı olarak desteksiz kalmış sert ve/veya yumuşak dokulardan gerekli olan miktarda doku çıkarılması gerekebilecektir.
- Ameliyatınız sırasında anatomik oluşumlara gerekli dikkat ve özen gösterilerek hasar verilmemeye çalışılacaktır, ancak lezyonun büyüklüğü, damar, sinir ve diğer anatomik oluşumlara yakınlık derecesine bağlı olarak kaçınılmaz ve bazen kalıcı olabilecek hasar oluşabilmektedir. Lezyonun büyüklük derecesine göre çene kemiğinizin kırılma riski bulunmaktadır. Ameliyat sırasında kırılma olursa veya daha sonra kırılma riskini azaltmak amacıyla miniplak, mikropalak, ve/veya özel vidalarla kemik sabitlemesi yapılması gerekebilir. Repozisyon sırasında bazı parçalar şekillendirilebilir, bazıları çıkarılabilir, greftlerle desteklemek gerekebilir. Vidalar uygulanmadan önce kemik üzerinde gerekli düzeltmeler yapılacak, vida yuvası açılacaktır. Bu işlemler dönen kemik kesici özel cihazlarla ve el aletleri ile yapılmaktadır.
- Her ne kadar cerrahi olarak tamamı ile kist çıkarılmış olsa da bazı türleri uzun dönem takip gerektirir. Bazen çok kısa sürede bazen de uzun dönemde tekrarlayabilirler. Bu takdirde tekrar operasyon ile çıkarılması gerekebilir. Operasyon sonrası için ikinci bir işlem yapmaya gereksinim duyabilirler. İstenilen sonuçlara ameliyattan üç-altı ay sonra ulaşılabilir.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Kistin çıkarılmasının ardından ameliyat sahası temizlendikten sonra açılan yumuşak dokular yerlerine getirilerek dikilecektir. Lezyon yumuşak doku kayıplarına yol açıysa bu duruma da müdahale edilebilecektir. Amaçladığımız tedavi yöntemi sonucunda çene kemiklerinizde oluşan asimetri ve/veya şekil bozuklukları giderilmeye çalışılacak, kistik lezyon tamamıyla çıkarılacaktır.
- Tedavi yüksek ihtimal ile başarılı olacaktır ancak bazı kistlerin tekrarlama riski çok yüksektir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Önerilen tedaviyi kabul etmemeniz durumunda; şu an mevcut olan şikâyetleriniz devam edecektir. Şu anki şikâyetlerinizde herhangi bir iyileşme olmayacak, zaman geçtikçe daha da artacaktır.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatifi yoktur.

Doküman Kodu:	HD.RB.11	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Hekimin lokal ve/veya Genel anestezi konsültasyonu altında işlem yapılabilir. İşlem hekimin önerisi ile lokal /genel anestezi altında yapılabilir. Genel anestezi, sizin ameliyat süresince uyku halinde olmanızı sağlar. Ağrı duymazsınız ve hatırlamazsınız. Günümüzde modern Lokal ve genel anestezi oldukça güvenli olmakla birlikte yine de bazı yan etkiler ve riskler taşımaktadır.
- İşlemden lokal anestezi uygulanacak ise, ağrı hissinin oluşmaması için ilgili bölge lokal anestezi ile uyuşturulur. Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye bağlı, bazı 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
- İşlemden Ameliyata bağlı olarak bazı risk ve komplikasyonlar da oluşabilir.
- Çene yüz bölgesindeki kistler neredeyse birbirine benzer şekilde ve size hiçbir uyarı vermeden sinsiçe oluşmakta ve farklı boyutlara ulaşabilmektedir. Bu yüzden etkilediği çevre anatomik dokular özellikle ameliyattan sonra bütünlüğü bozulmuş hissi verebilir.
- Eğer çevresinde dişleriniz varsa lezyona bağlı canlılığını yitirmiş olabilir. Bu da ya dişinizin belirli bir kısmının alınmasına, çekilmesine ya da kanal tedavi gereksinimine sebep olacaktır.
- Lezyonun basısından dolayı çene kemikleriniz erimekte ve lezyon tedavi amacıyla çıkarıldıktan sonra ilgili bölgede estetik fonksiyon sorunlara neden olabilmektedir.
- Lezyon çevresindeki sinir oluşumlarına gerek yaptığı bası nedeniyle gerekse ameliyat sırasında lezyonun tamamen çıkarılması his kaybına veya his artışına neden olabilirler.
- Operasyon sırasında ve sonrasında dokuların arasında sıvı birikimine bağlı ödem gözlenebilir. Doku derinliklerine hava kaçışı ile amfizem gözlenebilir ve bölgede çok hafif düzeyden bütün bir çeneyi kaplayacak şekilde şişmelere, hareket kısıtlılığına, ciltte renk değişikliklerine sebep olabilir. Tat alma, çiğneme, yutkunma uyuşukluk hissi gibi sıkıntılar oluşabilir. Kist büyük boyutlara ulaştığı durumlarda kemikte meydana gelecek incelemelere bağlı olarak işlem sonrasında çene kırıkları meydana gelebilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Ameliyatın tahmini süresi operasyona lokal/genel anesteziye bağlı olarak değişse de **ortalama 30-90 dk** 'dır.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Bu işlem, iltihabi dokunun röntgende gözlenen boyutuna göre bir kesi planlanıp lokal/genel anestezi altında yapılır. Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanacak ise, gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuşturduğunda 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 durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik 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
- İşlemden bölge bol serumla yıkanır, dikiş atılır, tampon konulur. Atılan dikiş 1 (bir) hafta sonra alınmalıdır Bu bir haftalık süreçte hastaya bir takım ilaçlar kullanılır. Antibiyotik ilaçlar ve gargara vb. enfeksiyonu kontrol altına almak ve yarayı temiz tutmak için analjezik ilaçlar ise ağrıyı kontrol altına almak için hekiminiz size verecektir.
- Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da Genel anestezi altında yapılmaktadır.
- Ameliyat 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 dâhildir.

Doküman Kodu:	HD.RB.11	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

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 bildirmeniz gerekir.
- İşlem Genel anestezi altında yapılacak ise, öncesi ve sonrası dikkat etmeniz gereken hususlar konusunda hekiminizin önerilerini uygulamanız 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. İşlem sonrası 3-4 hafta boyunca sigara içilmemesi gereklidir.
- Tedavi bittikten sonra hasta ağız bakımına özen göstermelidir. Diş etlerinizi diş hekiminin önerdiği şekilde uygulama yapınız.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması 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.
- İşlem sonrasında çekim yerinin enfeksiyonlar dan korunması için ağız temizliğine (gargara, diş fırçalama, vb.)dikkat edilmelidir.
- İşlemden sonra hekiminizin izin verdiği saatte yemek yemeye başlayabilirsiniz. Doktorunuzun önerilerine (egzersiz, beslenme programı vb.) uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz.

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.11	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.