

Doküman Kodu:	HD.RB.12	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

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:

- Çene bölgesinde görülen apseler dişlerde oluşan iltihabın yayılmasıyla oluşurlar.
- Çene altında, yüz bölgesinde gözüktüğü kadar yayılabilen şişlik ve ateşe sebep olurlar. Enfeksiyon nedeniyle hastada genel bitkinlik hali görülür. Antibiyotik kullanımı apse formasyonunu geçici olarak tedavi eder ve bu iltihabın bulunduğu bölgeden boşaltılması (drene edilmesi) zorunludur.
- Bazı hallerde bu şişlikler enfekte dişin uzaklaştırılması ile inebilir. Doktorunuzun başka türlü tedavi olamayacağına karar verdiği apseler ağız içinden veya cilt üzerinde küçük bir kesi yapıp dren yerleştirilerek drenaj sağlanmaya çalışılır.
- Apsenin drenajı sağlandıktan sonraki gün kaynak dişin çekimi gerçekleştirilerek tedavi başarılı bir biçimde tamamlanır.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Dişlere ve komşu anatomik yapılara zarar verebilecek olan iltihabın cerrahi olarak temizlenmesi.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- İşlemin uygulanmaması durumunda da, ağrı, şişlik, daha fazla dişin kaybı veya çenelerde kemik kayıpları ve daha ileri durumlarda sepsis (enfeksiyonun kana karışması) ortaya çıkacak risklerdir. Fayda sağlanması mümkün değildir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Ağız içi ve ağız dışı apse drenajının alternatif tedavi seçeneği yoktur.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Apse drene edilmeden önce çevresine ve bulunduğu bölgeye göre ağız içinden lokal anesteziler yapılır. Bu anestezilere bağlı 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.
- Apse drenajı ağırlı bir girişimdir. Hem insizyon aşamasında, apsenin boşaltılması aşamasında, hemostasla içine girilmesi ve şişliğin sıkılması hepsi ağırlı işlemlerdir. Cilt üzerinden yapılacak boşaltım işleminde cilt üzerinde uygun görülecek yerden kesi yapılarak apseye ulaşılır. Bu işlemden sonra gerek görülürse apse içine dren yerleştirilir. Bu işlem genel görünüşü bozar çünkü tamponlama yapılacaktır. Bu tampon hekimin uygun göreceği kadar kalacaktır.
- Bu yapılan cilt kesisi sonrası iyileşme olsa dahi cilt üzerinde iz kalabilir. Kılı deriye denk gelen vakalarda kesi bölgesinde iz kalabileceği gibi lokal o bölgede kılsızlık da gelişebilir.

Doküman Kodu:	HD.RB.12	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- Apse tedavisi esnasında verilecek ilaçlara bağlı ilaçları ilgilendiren yan etkiler görülebilir. Apsye yapılan müdahalelere rağmen geçmeyip daha da alevlenerek şişlik artabileceği gibi septisemi (apsenin kana geçmesi ve tüm dokulara yayılımı) sonrası tablonun ağırlaşması ve ölüm gelişebilir. Hasta hastaneye yatırılabilir, yatağa bağlı kalabilir.
- Apsenin çevre dokulara yayılımı gelişebilir. Önemli komşu dokuları tutabilir. Bu tutulumu bağlı o organların komplikasyonları gelişebilir. Örneğin çene kasların tutulumu ile çeneyi açamama, gözkapağının tutulumu ile gözün kapanması, ağız tabanının tutulumu ile dilin yükselmesi nefes almada zorlanma, yemek yiyememe, kötü koku, genel düşkünlük hali, ateş yükselmesi ve günlük faaliyetlerden geri kalma gerçekleşebilir. Apsyeyle ilişkili dişlerin çekimi yapılır ve diş çekimine bağlı komplikasyonlar da eşlik edebilir. Özellikle bu dişlerin iyileşme problemleri gelişebilir.
- Apsenin kemik içi yayılımı ve apseye neden olan mikroorganizmaların direncine bağlı osteomyelit (kemik içi apsesi) tablosu da olaya eşlik edebilir. Apsye tedavisinde süreç biraz da neden olan mikroorganizmalara bağlı olup onların direncine ve türüne bağlı tedavi süreci uzayabilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- İşlemin tahmini süresi yapılan lokal/ bölgesel /infiltratif anesteziye bağlı olarak değişse de **tahmini 15-30 dakikadır**

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 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.
- 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 ameliyat **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.
- Anestetik 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.
- 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.
- Soğuk sıcak içecek ve yiyeceklere karşı bir dönem hassasiyet olabilir.
- Ağrı şikayetiniz sürekli olursa lütfen hekiminizle irtibatla bulununuz

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında hekiminiz bilgilendirme yapacaktır.
- Uygulama eğer ağız içinden yapıldı ise, ağız tamponu hekiminizin önerisine göre çıkarılmalı, tampon sık sık değiştirilip tükürülmemeli kan gelirse yutulmalı, işlem yeri açılmamalı, kurcalanmamalıdır.
- İşlem sonrasında enfeksiyonlar dan korunması için hekimin önerilerini uygulamanız gerekmektedir..
- 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.

Doküman Kodu:	HD.RB.12	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

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.

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.