

Doküman Kodu:	HD.RB.15	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:

- **ARTROSENTEZ uygulaması,** Alt çene eklemindeki bazı patolojiler kendini çenelerde/dişlerde/kulakta ağrı, ağız açmada kısıtlılık, eklemde ses olarak kendini göstermesi sebebi ile, çene eklemi hastalarına Lokal Anestezi ile, çene eklemine üst boşluğuna dışarıdan iğne ile girilerek, basınçlı yıkama işlemidir.
- Etkenleri arasin da travma, stres, hatalı uygulamalar (hatalı diş hekimliği uygulamaları: yanlış yapılmış dolgu, protez ya da hastanın hatalı alışkanlıkları; buz yeme, fındık kırma gibi...) bulunur.
- Artrosentez uygulamasın da, çene eklemine içerisine kulak önü bölgesinden eklem boşluğuna iki adet iğne ile girilerek hastanın eklem içi basınçlı sıvı ile yıkanır ve gerekli durumlarda kayganlaştırıcı bir tür madde olan **hyalüronik asit** enjeksiyonu yapılır.
- Artrosentez uygulaması işleminin etki mekanizması kesin olarak ortaya konamamıştır. Ancak, eklem ağrılarında rahatlatıcı etkisi bilimsel araştırmalarla gösterilmiştir. İnatçı ağrılarda veya iltihabi durumlarda tercih edilen bir yöntemdir.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

- **EKLEM AĞRISI** düzeltilir; Eklemde ve çevresinde meydana gelen ağrı en yaygın belirtidir. Genellikle çene açılırken ve kapanırken meydana gelir, ancak istirahat durumunda da oluşabilir.
- **BAŞ AĞRISI** ortadan kalkar; Çoğu eklem hastasında çeşitli derecelerde baş ağrısı görülebilir. Kaslardaki gerginlikler genellikle uzun süren baş ağrısı ile birliktedir ve çiğneme, konuşma, yutkunma gibi durumlarda ağrıya sebep olabilir.
- **EKLEM SESİ** düzeltilir; Eklem hastaları sıklıkla tıkırtı (klik) ve hışırtı (krepitasyon) şeklinde sesler duyarlar. Tıkırtı tarzında sesler toplumda çok yaygındır ve nadiren önemli sonuçlar ortaya çıkarır. Ancak hışırtı tarzındaki sesler eklem ve diskin yapısının bozulmuş olabileceğini gösterir ve daha ciddi bir durumdur. Hangi ses bulunursa bulunsun, tedavi gereksinimi açısından çene cerrahisi uzmanına muayene olmanızı öneririz.
- **ÇENEYİ AÇMA VE KAPAMA GÜÇLÜĞÜ** düzelir; Çene açılırken eklem öne ve aşağı doğru bir kayma hareketi yapar. Bu hareketin yumuşak ağrısız ve sessiz olması beklenir. Ancak eğer disk normalden önde konumlanırsa, ağrı, ağız açılırken bir tarafa kayma ve ağız açıklığında kısıtlanma gibi belirtiler ortaya çıkabilir.
- **ÇİĞNEME VE ISIRMA GÜÇLÜĞÜ** düzelir; TME hastalığının temel belirtilerinden biri çiğneme ve ısırma sırasında ağrı oluşmasıdır. Ayrıca yemek yeme, çiğneme gibi aktivitelerin yapılması da güçleşir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- İşlemin uygulanmaması durumunda da, kulak ağrıları ve çınlama, yanaklarda ve şakaklarda hissedilen ağrı, çene açma kapama yaparken zorluk hissedilmesi ve açıp kaparken ses oluşması, çenede kilitleme oluşması, alt veya üst çenenin kapanmasında zorluk oluşması, baş ağrısı şikâyetleriniz artacak veya devam edecektir.

Doküman Kodu:	HD.RB.15	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: : 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	---------------------------	---	----------	----	-----------	-------

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- Diş sıkma veya dişleri gıcırdatma gibi problemleri olan hastalarda gece plağı uygulanabilir.
- İlaç tedavileri ve çene kaslarına uygun fizik tedaviler ile tedavi planlanması yapılabilir. Ağrı çok fazla oluşuyorsa eklem içinin yıkanması ağrıyı azaltacaktır.
- Eğer çenede travma veya tümör gibi durumlar söz konusu ise cerrahi işlemler uygulanabilir.
- Tedaviniz de gerekli ise KBB doktorları, fizik tedavi bölümü ve diş hekimleri ortak paydada çalışıp tedavi planlayabilirler.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- İşlemle ilgili komplikasyonlar; oluşabilir.
- Kullanılan ilaca (örneğin Orthovisc adlı ilaç tavuk ibiğinden üretilmektedir) bağlı olarak alerjik reaksiyon gelişme riski ve enjeksiyon riskleri ile komşu anatomik yapılara zarar verilme riski bulunmaktadır. Bu riskler ihtimali düşük olan risklerdir ve ek işlemler gerektirebilmektedir.
- Sık görülebilen ve genellikle kısa sürede kendiliğinden geçen diğer komplikasyon riskleri ise artrosentez sonrası bölgede şişlik olmasıdır. Bunun sebebi doku arasına kaçan serum fizyolojik, hematoma (doku içinde kan birikmesi) olabilmektedir.
- Sık görülmesi de bölgede ekimoz (morarma) da görülebilir ve bu kendiliğinden yaklaşık 1 haftada geçecektir.
- Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde kanama olabilir. Ameliyat esnasındaki kanama sebebiyle tamponlama yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlama veya başka bir ameliyat gerekebilir.
- İşlem sırasında ve sonrasında baş ağrısı görülebilir Operasyon sonrası genel bir rahatsızlık hali olabilir. Başka ek tedavileri gerektirebilecek şişlikler olabilir. İşlem sonrası oluşabilecek hafif rahatsızlık rutin ağrı kesici kullanımı ile genellikle sorunsuz geçmektedir.
- Yüz kaslarını kontrol eden sinirlerde yaralanmalar oluşabilir. Bu durum ya ameliyattan hemen sonra ameliyatta sinirlerin tamamen kesilmesine bağlı olarak veya ameliyattan birkaç hafta sonra sinirler etrafındaki ödem veya baskıya bağlı olarak gelişebilir. Her iki durumda da kalıcı olabilir.
- Görmede bozukluk veya körlük olabilir. Gözyaşı bezlerinde veya kanallarında zedelenme olabilir.
- Tükürük bezlerinde veya kanallarında zedelenme olabilir.
- İyileşme süresince ağız açmada kısıtlılık; bu durum şişlik veya kas harabiyeti sebebi ile olabileceği gibi çene eklemi problemi var ise eklem gelen stres sonucu da gelişebilir. Çene kemiğinde kırılma olabilir.
- Alt çenedeki dişlerin altında uzanmakta olan sinirde yaralanma olabilir; buna bağlı olarak ağrı, uyuşukluk, sızlama ve yanak, dudak, çene ucu, dişetleri ve dilde birkaç hafta, birkaç ay veya nadir durumlarda sürekli kalabilen duyu bozuklukları olabilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- İşlem süresi yapılacak operasyonun genişliği, karmaşıklığı ve işlem esnasındaki komplikasyonlara bağlı değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 30 dakika ile 1 saat arası sürebilmektedir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- İşlem sırasında kullanılacak olan hyoloronik asit alerjik reaksiyona sebep olabilir. Bu nedenle
- Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.
- İşlem sırasında ve sonrasında bazı ilaçlar kullanmanız gerekecektir. Operasyon öncesi ya da sonrasında hekiminiz size antibiyotik, ağrı kesici ya da ağız gargarası önerebilir. Bu ilaçları tarif edildiği şekilde uygulamanız gerekmektedir.
- Operasyon öncesi ya da sonrasında hekiminiz size antibiyotik, ağrı kesici ya da ağız gargarası önerebilir. Bu ilaçları tarif edildiği şekilde uygulamanız gerekmektedir.

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 sorununuz varsa bunları mutlaka hekiminize bildirmeniz gerekir.

Doküman Kodu:	HD.RB.15	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: : 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	---------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- Uygulama sonrası 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemeli, ilk günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalı, ağız çok fazla açılmamalı, çok uzun konuşulmamalı, sakız çiğnenmemeli, işlem sonrası 3-4 hafta boyunca sigara içilmemesi gereklidir.
- El çeneye yaslanarak oturulmamalı, yatarken sırt üstü yatılmalı yan veya yüz üstü yatılmamalıdır
- Splint kullanımı diş sıkmanın ve ağrıların bitmesinden sonra 6 ay daha kullandırılıp hekim kontrolün de bırakılmalıdır.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında hekiminiz bilgilendirme yapacaktır.
- 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

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.15	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

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

İmza

Rızanın Alındığı Tarih / Saat

HASTA ONAY VEREMEYECEK DURUMDA İSE:

Hasta / yasal temsilcisi

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

İmza

Rızanın Alındığı Tarih / Saat

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

Adı Soyadı:.....

Unvanı :.....

İmza

Tarih / Saat

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

HASTANIN DİL / İLETİŞİM PROBLEMİ VAR İSE;

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

Tercüme Yapanın

Adı Soyadı (el yazısı ile):

İmza

Tarih / Saat

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

ACIKLAMA:

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.