

Doküman Kodu:	HD.RB.34	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, anladığınızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, 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:

- DUDAK DAMAK YARIĞI; olan bebeklere beslenme plağı ya da erken ortopedik girişimler uygulanabilmektedir. Bu amaçlarla bebeklerden ölçü almak gerekir. Bebeklere uygulanan sadece besleme amacıyla kullanılan apareylerin temiz bir ip ile bebeğin yakasına bağlanma işlemidir.
- HASTAYA YAPILACAK İŞLEMLER;
 - ☐ Dudak yarığının ortopedik ve cerrahi tedavisi,
 - ☐ Dudak damak yarığının ortopedik ve cerrahi tedavisi,
 - ☐ Damak yarığının cerrahi tedavisi,
 - ☐ Dişlenmesi tamamlanmış hastanın ortopedik ortodontik tedavisi,
 - ☐ Greftleme (kemik eklemesi) ameliyatı,
- 0-18 AYLIK;** dudak ve/veya damak yarıklı bebekler geldikleri günden itibaren takibe alınırlar. Dudak ve damak yarıklı bebeklerin geldikleri gün beslenmesini kolaylaştırmak ve yarık hatlarını birbirine yaklaştırmak amacıyla beslenme plağı yapılır.
- DUDAK VE DAMAK ŞEKİLLENDİRMESİNE;** 0-2 haftalık dönemde başlanır. Tedavi süresi ortalama **3-4 haftadır.** Dokular plak, lastik ve bantlar aracılığı ile yaklaştırılır. Dokular yaklaştırıldığında gerek görüldüğü takdirde burun uzantısı eklenir. Daha sonra hasta haftada 1 ya da 2 kere kontrollerle takip edilir.
- Bebek uygun kiloya eriştiğinde **DUDAK VE BURUN AMELİYATI** yapılarak ameliyat sonrası burun içine destek aparey uygulanır. Damak yarığının ameliyatı ise bebek yaklaşık 12-18 aylıkken yapılır. Hasta bu süre içinde ayda bir veya iki ayda bir kontrollere gelir
- SADECE DAMAK YARIĞI OLAN BEBEKLER,** beslenebiliyorlarsa önce aylık, sonra 3 aylık kontrollere çağırılır. 12-15 ay civarında ameliyata alınırlar
- BESLENEMİYORSA** beslenme öğretilir ve gerek görüldüğünde bu bebeklere de BESLENME PLAĞI uygulanır, İlerleyen süreçte kontroller yılda bir düşer ve sonraki süreç yukarıda anlatıldığı gibi devam eder.
- HASTA AMELİYATLARINI GEÇİRDİKTEN SONRA;** 3 aylık kontrollere geçilir ve burun şekillenmesi takip edilir.
- İlerleyen süreçte kontroller **yılda bir düşer** ve dişlenme takip edilir.
- Dişlenmesi takip edilen hastada (7-12 yaş aralığı) gerekli görüldüğünde yarıklı bölgeye **KEMİK EKLEME AMELİYATI (GREFTLEME)** gerçekleştirilip, ortopedik ve/veya ortodontik tedavisine başlanır.
- Hastanın tüm tedavisinin kliniğimizde gerçekleşmesi gerekmektedir. Herhangi bir nedenle hastanın başka bir kliniğe nakledilmesi söz konusu değildir. Tedavisi başlamış hastaların kayıtları ise hiçbir şekilde kliniğimizin dışına verilmeyecektir. Randevu günü ve saati dışında gelen hastaya bakılmamaktadır.
- Önemli mazeretler nedeni ile randevu değişikliği istendiğinde bu isteğin randevu tarihinden önce telefonla bildirilmesi gerekmektedir.

Doküman Kodu:	HD.RB.34	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Hastanın etkin bir şekilde beslenmesi, yarık hatlarının kapanması, konuşmanın düzeltilmesi, çene gelişiminin yönlendirilmesi, dişlerdeki çapraşıklık giderilmesi, sağlıklı çiğneme fonksiyonunun kazandırılması, dental estetiğin sağlanması, yüz estetiğinin iyileştirilmesidir

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Hasta etkin şekilde beslenemez.
- Gelişimiyle birlikte yarık hatları daha da büyür, çene normal gelişimini sürdüremez,
- Hastanın ameliyatı zorlaşır ve ileriki zamanlarda yarığın tekrar açılması söz konusu olabilir.
- Sağlıklı çiğneme yapılamaz,
- Çene eklemi problemleri ortaya çıkabilir,
- Dişlerdeki çapraşıklık artar,
- Diş eti problemleri ve çürükler oluşabilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatif tedavisi yoktur.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Tedavi sırasında hastalar bazı olumsuzluklar yaşayabilir.
- Takılan apareye bağlı olarak ilk hafta içinde dudak ve yanakta vuruks, yaralar oluşabilir.
- Uygulanan bantlar hassas bebeklerde yanağı tahriş edebilir ve pomad kullanımı gerekebilir.
- Ağız bakımı iyi yapılamayan hastalarda enfeksiyon gelişebilir.
- Ayrıca ameliyat sonrası düzenli kontrollere gelmeyen hastada burunda deformasyon tekrar oluşabilir, ağız hijyenine dikkat edilmediği takdirde yara iyileşmesi gecikebilir.
- Bu sıkıntıları kolayca atlatabilmek için hekimin talimatlarına mutlaka uyulmalıdır. Bebeklerde beslenmeden sonra plak ve ağız içi temizlenmediği takdirde enfeksiyona yatkınlık olabilir.
- Ortodontik tedaviye geçilen hastalarda tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplanmalar ve buna bağlı dişeti çekilmesi ve kemik kayıpları gelişebilir.
- Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır. Ortodontik tedavi sırasında bazı hastalarda diş köklerinin boyunda bir kısalma (kök erimesi) meydana gelebilir. Eğer ciddi bir kısalma söz konusu ise tedavi hekim tarafından sonlandırılabilir. Yerine uygun tedavi önerilir

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Cerrahi operasyon yapılana kadar plak kullanımına devam edilmelidir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Hastanın tedavisi için gerekli olan malzemeleri hasta karşılayacaktır.
- Malzeme bedelinin hastanın kurumunca karşılanıp karşılanamayacağı kliniğimiz sorumluluğunda değildir.
- Kullanım sırasında kırılan ve kaybolan apareylerin yenilenme ücreti hastalar tarafından karşılanacaktır.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- 18 yaşından küçük hastalarda hasta uyumu ile ilgili tüm sorumluluklar tamamen veliye aittir. Veli hastanın diş fırçalaması ve tedaviye uymasını sağlamakla yükümlüdür.
- 0-18 AYLIK; dudak ve/veya damak yarıklı bebekler geldikleri günden itibaren takibe alınırlar.
- Dudak ve damak şekillendirmesine; 0-2 haftalık dönemde başlanır. Tedavi süresi ortalama 3-4 haftadır.
- Dokular plak, lastik ve bantlar aracılığı ile yaklaştırılır. Dokular yaklaştırıldığında gerek görüldüğü takdirde burun uzantısı eklenir. Daha sonra hasta haftada 1 ya da 2 kere kontrollerle takip edilir.
- Sadece damak yarığı olan bebekler, beslenebiliyorlarsa önce aylık, sonra 3 aylık kontrollere çağırılır.
- Beslenemiyor ise; beslenme öğretilir ve gerek görüldüğünde bu bebeklere de BESLENME PLAĞI uygulanır.
- İlerleyen süreçte kontroller yılda bire düşer ve dişlenme takip edilir.
- Hastanın tüm tedavisinin kliniğimizde gerçekleşmesi gerekmektedir. Herhangi bir nedenle hastanın başka bir kliniğe nakledilmesi söz konusu değildir.
- Tedavisi başlamış hastaların kayıtları ise hiçbir şekilde kliniğimizin dışına verilmeyecektir.
- Randevu günü ve saati dışında gelen hastaya bakılmamaktadır.
- Önemli mazeretler nedeni ile randevu değişikliği istendiğinde bu isteğin randevu tarihinden önce telefonla bildirilmesi gerekmektedir.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Her ortodontik tedavinin sonunda dişlerde hareket etme ve tedavinin başındaki ilk konumuna geri dönme eğilimi söz konusudur. Bu nedenle AKTİF ORTODONTİK TEDAVİ biter bitmez PASİF ORTODONTİK TEDAVİ olan "PEKİŞTİRME TEDAVİSİ"NE başlanmalıdır.
- Bu tedavide ya dişlerin iç tarafına sabit olarak bir tel yapıştırılır ya da hastanın takip çıkarılabileceği bir pekiştirme aygıtı kullanılır. Takip çıkarılabilen aygıtın hekimin talimatlarına uygun olarak kullanılması tedavi sonucunun kalıcılığı açısından çok önemlidir.

Doküman Kodu:	HD.RB.34	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

- Ağız bakımına dikkat etmeyen, apareyini kullanmayan, hekimin tavsiyelerine uymayan ve randevularına düzenli gelmeyen hastaların tedavisinde aksamalar görülmektedir. Tedavi süresince doktorun tüm öneri ve talimatlarına uyulması zorunludur.
- Yeni doğanın/bebeğin hasta uyumu ile ilgili tüm sorumluluklar(plağın kullanılması, temizlenmesi) tamamen veliye aittir. Veli bebeğin plağının temizlenmesi ve tedaviye uymasını sağlamakla yükümlüdür.

GEREKTEĞİNDE 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

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 VEREME ME 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

İmza

Tarih / Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile):

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

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.