



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
BİOPSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.08	ARALIK 2023	0	0	1 / 4

Hasta Bilgileri;

Adı Soyadı

Dosya No

Doğum Tarihi

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

ÇEVİRMEN İHTİYACI

- 1-Çevirmen gerekli miydi? Evet Hayır
2-Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı? Evet Hayır

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Ağız içinde oluşan ve takipleri sonucunda 2 haftadan fazla sürede iyileşmediği tespit edilen yaralar ve şişliklerin tanısının konulabilmesi için patolojik olduğu düşünülen ya da şüphelenilen normalin dışındaki oluşumlardan parça veya ilgili doku küçükse tamamının alınması gerekebilir. Alınan parça hasta ya da hasta yakını tarafından hastanemizin anlaşmalı olduğu patoloji laboratuvarına en geç iki gün içerisinde götürülür. Bazı şüpheli durumlarda alınan parçanın ağız patolojisi alanında uzmanlaşmış patoloji laboratuvarı tarafından incelenmesi daha uygun olabilir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisinde görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

- Lezyonun tanısının erken dönemde konulması.
- Patolojinin ilerlemesinin önlenmesi.
- İleriye yönelik tedavi planının belirlenmesi.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

- Patolojik durumun artış göstermesi.
- Patolojik durumun artmasına bağlı olarak diş, çene kemiğinde kayıp ya da ağrı.
- İleri dönemde tedavinin zorlaşması ya da mümkün olmaması.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

- Yoktur.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Eğer işlem lokal,bölgesel veya infiltratif anestezi ile gerçekleştirilecek ise uygulamalar esnasında ve sonrasında çıkabilecek sorunlar şunlardır;

- 1.Tansiyon ve nabız düşmesi: İşlem sırasında veya sonrasında hasta şuurunu kaybedip, bayılmaya kadar gidebilir.
- 2.Sinirsel Komplikasyonlar: Anestezi sonrası geçici ve kalıcı sinirsel harlar (tamamen hissizlik, aşırı hislilik)nadiren de olsa ortaya çıkabilir.
- 3.Müteakip Anestezi Uygulamaları: Kişiden kişiye değişen anatomik farklılıklar, uygulanan işlem süresinin uzunluğu, hastanın ağrı eşliğinin düşük olması ve işlemden ağrı duyduğunu belirtmesi gibi nedenler ile anestezi tekrarlanabilir. Uygulama sayısı hastanın sistemik durumu izin verecek ölçüde planlanır.
- 4.Alerjik Reaksiyonlar: Anestezik solüsyonun kişinin vücudunda yarattığı yabancı reaksiyona bağlı olarak ciltte döküntüler, kızarıklıklar ve kaşıntı gibi hafif reaksiyonlar görülebileceği gibi nefes darlığı, nabız düşmesi, tansiyon düşmesi, nefes alma kalp atım işleminin durmasına kadar varabilecek ciddi etkiler görülebilir. Bunlar anestezi uygulanır uygulanmaz görülebileceği gibi işlemden saatler sonrası da ortaya çıkabilir.
- 5.Ağrı: Anestezi sırasında ve sonrasında bölgede anesteziye bağlı ağrı hissedebilirsiniz. Ayrıca işlem sırasında ve sonrasında baş ağrısı gözükabilir.
- 6.Bulantı-Kusma: İşlem sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda hekim ve ilgili sağlık ekibince gerekli müdahale yapılabilir.

- 7.Enfeksiyon: Her enjeksiyon bir kere kullanılan enjektörler ile yapılmaktadır. Bunun dışında bölgenin dezenfeksiyonu işlem sonrasında oluşabilecek enfeksiyon kontrolü sağlamaktadır.
- 8.Kasları İlgilendiren Komplikasyonlar: Anestezi sonrası uygulama bölgesi ile alakalı olarak kas tutulmasına bağlı hareket kısıtlılığı, buna bağlı ağız hareketlerinde azalma görülebilir.
- 9.Hastanın Kendine Verebileceği Zarar: Diş çekimi veya işlemin sona ermesinin ardından anestezinin etkisinin bir



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
BİOPSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.08	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

süre daha devam etmesi nedeniyle hasta kendi kendine ısırma ya bağlı olarak zarar verebilir.

10. Hastanın anestezi sırasında ani hareket etmesi nedeniyle lokal anesteziğin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

11. Özellikle posterior dişlerin çekimi sırasında yüzde birkaç saat sürebilen bu bölgedeki damarların daralmasına bağlı renk değişiklikleri gözlemlenebilir.

İşlem Sırasında Oluşabilecek Komplikeasyonlar

- Ağrı, şişlik, enfeksiyonun
- Dişlerde ve çevre dokularda his kaybı
- Komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması
- Diş eti ve mukoza yaralanmaları
- Aşırı kanama
- Solunum yoluna diş veya yabancı cisim kaçması
- Sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi
- Çene açmada kısıtlılık
- Çenede, ağız kenarlarında ezikler ve morluklar
- Kullanılacak materyallere karşı gelişen alerjik reaksiyonlar

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 15- 45 dakika

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Rutin olarak kullanılan lokal anestezi maddeleri, kanama durdurucu materyaller. Bu materyallere karşı alerjik reaksiyonlar görülebilir.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun aşağıda yazdığı önerilere uyunuz.

Ağızınıza yerleştirilen tamponu 30 dakika boyunca atmayınız

-İşlem sonrası anestezi etkisi geçene kadar bir şey yiyip içmeyiniz (2-3 saat)

-24 saat boyunca emme, tükürme, çalkalama gibi hareketlerden kaçınınız

-Ağız hijyeninize dikkat ediniz, yara bakımını aksatmayınız.

-Bir hafta sonra dikişlerinizi aldirmaya geliniz.

-Ani şişlik, kızarıklık vb. durumlarda doktorunuza başvurunuz.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Fakültemizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

LOKAL ANESTEZİ AYDINLATMA ONAM METNİ

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Lokal anestezi ağrı hissini azaltmak amacıyla yapılmaktadır.

Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Tedaviye başlamadan önce, geçirmiş olduğunuz, sistemik, bulaşıcı hastalıklar veya alerjinizin olup olmadığı hususların hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir;

Tüm tedavilerin başarı oranı çok yüksek olmasına rağmen garanti edilemeyeceği, dolayısıyla tedavi edilen dişlerin çekiminin gerekebileceği, ileriki dönemlerde tedavinin ve hastalığın tekrarlayabileceği bilinmelidir.

Tedavi sırasında ve sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Bunların kullanım süreleri, kullanım şekilleri hekimin belirttiği şekilde uygulanmalıdır. İlaçların yan etkileri durumunda da hasta hekimine başvurulmalıdır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

Hizmetlerimizde ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; Hasta iletişim birimine başvurabilir, Fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Lokal Anestezi: Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezi maddesi (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Anesteziden beklenenler: Anestezi sıvısı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anesteziğin etkisi ortadan kalkar. Anestezi yapılmazsa: Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem/sedasyon altında yapılmaktadır.

Yapılacak işlemler (tedaviler) sırasında ağrı duyulur.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
BİOPSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.08	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

İşlem sırasında alerjik reaksiyon gelişebilir, his kaybı, bulantı ve kusma olabilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar varsa anestezi başarısız olabilir. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırma ya da yanık için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 5 dakikadır. İşlem için onay veren hasta anestezi onayını kabul eder.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını;

Kabul ediyorum. Kabul etmiyorum.

2. İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını;

Kabul ediyorum. Kabul etmiyorum.

Hasta\İmza:

Hekim\İmza:

HASTA ONAYI

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelerle dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK** hekim taburcu edene kadar ilgilenilecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyorum ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyararak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası istediğim takdirde tarafıma verilecektir.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla "**Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY VERİYORUM.**" yazınız.

HASTA/VELİ/VASİSİNİN;

ADI SOYADI:

İMZASI :

YAKINLIK DERESESİ:

TARİH :/...../..... SAAT :/.....

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

ADRESİ:

İMZASI:

TARİH :/...../..... SAAT...../.....



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
BİOPSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.08	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

Hastanın Bilinci Kapalı Hasta 18 Yaşından Küçük Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok
Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

RIZANIN ALINDIĞI;

Tarih: / / , Saat: /

HEKİMİN;

Adı
Soyadı:
İmza:
Kaşe

*Not : *Alınan onamlarda “okudum, anladım, onay veriyorum “ ifadesi olmalı, form iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshası hasta dosyasına, diğer nüsha hastaya veya kanun temsilcisine verilir.*

**Hasta karar verme yetkisi işaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır*

