



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ALVEOLAPLASTİ ONAM FORMU AYDINLATMA ve ONAM
(RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.01	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 etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Alveoloplasti, çene kemiğindeki sivri ve düzensiz çıkıntıları uzaklaştırmak ve düzenli olmayan alanları düzeltmek için yapılan bir ameliyattır.

Yapılan işlemler esnasında tedavinin seyrini takip etmek amacıyla röntgen çekilmesi gerekebilir.

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

Çenedeki düzensizliklerin düzeltilmesi
Keskin kemik kurvaturlerinin düzeltilmesi
Protezin yumuşak dokuya yaptığı baskının ağrıtan kemik bölgelerinin düzeltilmesi
Proteze uygun bir giriş yolunun elde edilmesi için kemik konturlarının düzeltilmesi

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Ağrı
Protez takılmasında zorluk
Protez vuruqları
Çene ilişkisinde bozukluk

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

İşlemin alternatifi yoktur.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

- Tansiyon ve nabız düşmesi: İşlem sırasında veya sonrasında nabız ve tansiyonda oynamalar olabilir. Hatta bu olay şuur kaybedip, bayılmaya kadar gidebilir.
- Ağrı: Anestezi sırasında ve sonrasında bölgede anesteziye bağlı ağrı hissedebilirsiniz.
- Sinirsel komplikasyonlar: Anestezi sonrası ilgili bölgedeki sinir dokusunun zarar görmesine bağlı geçici veya kalıcı sinirsel hasarlar (tamamen hissizlik, aşırı hislilik) nadiren de olsa ortaya çıkabilir.
- Bulantı ve kusma: İşlem sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda hekim ve ilgili sağlık ekibince gerekli müdahale yapılabilir



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ALVEOLAPLASTİ ONAM FORMU AYDINLATMA ve ONAM
(RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.01	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

5. Enfeksiyon: Her enjeksiyon bir kere kullanılan enjektörler ile yapılmaktadır. Bunun dışında bölgenin de dezenfeksiyonu işlem sonrasında oluşabilecek enfeksiyon kontrolü sağlamaktadır.
6. Kasları ilgilendiren komplikasyonlar: Anestezi sonrası uygulama bölgesi ile alakalı olarak kas tutulmasına bağlı hareket kısıtlılığı, buna bağlı ağız hareketlerinde azalma görülebilir.
7. Müteakip anestezi uygulamaları: Kişiden kişiye değişen anatomik farklılıklar, uygulanan işlem süresinin uzunluğu, hastanın ağrı eşliğinin düşük olması ve işlemde ağrı duyduğunu belirtmesi gibi nedenler ile anestezi tekrarlanabilir. Uygulama sayısı hastanın sistemik durumu izin verecek ölçüde planlanır.
8. 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 ve nefes alma ve kalp atım işleminin durmasına kadar varabilecek ciddi etkiler görülebilir. Bunlar anestezi uygulanır uygulanmaz görülebileceği gibi işlemde saatler sonra da ortaya çıkabilir
9. Hastanın kendine verebileceği zarar: İşlemin sona ermesinin ardından anestezinin etkisinin bir süre daha devam etmesi nedeniyle hasta kendi kendine ısırma ya da hareket etmesi ile lokal anestezik iğnenin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.
11. Kanama: Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Ameliyat esnasındaki yoğun kanama nedeniyle tamponlama yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlama veya başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı sebebiyle kan transfüzyonu(damardan kan verilmesi) gerekebilir.
12. Ameliyat sonrasında bölgede oluşabilecek travma yada ödeme bağlı ağız açma ve kapama hareketlerinde çeşitli derecelerde kısıtlanma olabilir. Bu kısıtlanma çenenin açılmasının tamamen engelleyebilecek seviyede olabilir. Bu durum geçici olabileceği gibi kalıcı olup tekrar bir ameliyat gerektirebilir.
13. Operasyon esnasında meydana gelebilecek kanama, damar yırtılmaları veya diğer anatomik organlarda meydana gelebilecek komplikasyonlara bağlı ölüm dahi meydana gelebilir.
14. Ameliyat sonrasında ameliyatın büyüklüğüne göre süresi değişen genel halsizlik, ağrı şikâyetleri görülebilir.
15. Enfeksiyon gelişebilir ve ona bağlı sistemik ve genel komplikasyonlar örneğin genel ateş yükselmesi, halsizlik, septisemi sonucu ölüm gibi sistemik ve ameliyat alanı şişmesi, ısı artışı, ağrı, lokal ödem, akıntı gibi lokal komplikasyonları gelişebilir.
16. Operasyon alanında seyreden sinirlerin yaralanmaları veya tamamen alınmalarına bağlı o sinirin innerve ettiği alanda uyuşukluk, felç, hissizlik ve şekil bozukluğu gelişebilir. Bu olay geri dönüşebilir olduğu gibi hiç de düzelmeyebilir.
17. Değişik derecelerde ödem meydana gelebilir. Bu ödeme bağlı yüz şişmesi, göz kapanması, zorlukla nefes alma, yemek yemede zorlanma, şiddetli ağrı gibi durumlarla karşılaşılabilir.
18. Operasyonla hedeflenen sonuçlara ulaşılamayabilir, bu durum tekrar bir ameliyat planlayarak düzeltilebilir veya tamamen vazgeçilebilir.
19. Operasyon esnasında kemiklerde (alt çene veya üst çene) kırılmalar meydana gelebilir. Operasyon alanına komşu anatomik oluşumlar dişler, sinüs boşluğu, yanak dokuları, yumuşak damak, burun, dil, yutak, tonsiller hasar görebilir. Bu hasarlar düzeltilebileceği gibi, düzeltilemeyecek kadar şiddetli olabilir.
20. Kullanılan dönerli aletler kırılabilir, frezler kopabilir veya yerinden çıkarak hasta yutabileceği gibi çevre dokulara da saplanabilir veya zarar verir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: İşlem lokal anestezi altında yapılmakta ve 30-45 dakika sürmektedir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Antibiyotik, ağrı kesici, gargara ve gerekli görülecek diğer ilaçlar operasyondan sonra reçete edilecektir.

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.

1. Ağıza konulan gazlı bez 30 dk. Isırılmalı
2. Ağıza gelen kan yutulmalı
3. Sigara içilmeme

4. Yara yerlerine hasta tarafından müdahale edilmemeli

5. Verilen ilaçlar zamanında ve doğru kullanılmalı

6. Ağız gargarası ve fırçalamaya dikkat edilmeli

7. Ilık yumuşak besinler yenilmeli

8. İşlemden sonra şişlik ve morarmanın az olması için işlem bölgesine dışardan buz tampon yapılmalıdır.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ALVEOLAPLASTİ ONAM FORMU AYDINLATMA ve ONAM
(RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.01	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

9.Gün boyunca tükürme ve çalkalama yapılmamalıdır.

10.Reçete edilen ilaçlar anlatılan şekilde kullanılmalıdır. 11.2-3 saat bir şey yenilip içilmemelidir.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinin Ağız,Diş ve Çene Cerrahisi Anabilimdalını arayarak işlem için bilgilendirme ve yardım alabilirsiniz.

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 başvurmalıdır.

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.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Lokal Anestezi: Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Anesteziden beklenenler: Anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anestezinin 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.

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 önlem alınmalıdır. 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 ediyor ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyararak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası istediğim takdirde tarafıma verilecektir.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ALVEOLAPLASTİ ONAM FORMU AYDINLATMA ve ONAM
(RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.01	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

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 DERECESESİ:

TARİH :...../...../..... SAAT :...../.....

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

ADRESİ:

İMZASI:

TARİH :...../...../..... SAAT...../.....

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.