



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
SİNÜS LİFT TEDAVİSİ HASTA ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.26	ARALIK 2023	0	0	1 / 3

Hasta Bilgileri;

Adı Soyadı

Dosya No

Doğum Tarihi

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

Çevirmen İhtiyacı

Çevirmen gerekli miydi? Evet Hayır

Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınız damıydı?

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 anlamadığımız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Flep Cerrahisi

Periodontal hastalığın ilerlediği vakalarda subgingival küretajın ardından cerrahi operasyon da (flep) gerekebilir. Bu operasyonda, lokal anestezi yapıldıktan sonra diş etleri kemik yüzeyi açığa çıkacak şekilde kaldırılır, kök yüzeyleri ve iltihaplı doku artıkları temizlenir. Bozulmuş kemik konturları yeniden düzenlenir. Gerekli durumlarda diş çevresinde yeniden kemik oluşturmak amacıyla kemik grefti ve membran gibi biomateriyaller uygulanır. Kullanılacak olan materyaller insan veya hayvan kaynaklı, ya da sentetik olabilir. Dişeti çekilmesi olan bölgelerde flep kök kapatmak amacıyla pozisyonlandırılabilir.(koronale pozisyone flep)

Daha sonra diş etleri uygun konuma getirilerek dikilir ve bölge periodontal pat (koruyucu pembe macun) ile kapatılır. Dikişler 7-10 gün sonrasında alınır. Hekim önerisine göre ameliyattan sonra antibiyotik, ağrı kesici ve gargara reçete edilebilir.

Tedaviden Beklenenler: Kök yüzeylerinin tam olarak temizlenmesi ve cep derinliği azaltma işlemi ana amaçtır. Operasyondan sonra cep derinlikleri azaltılmış veya ortadan kaldırılmış olur. Böylece hastanın ev bakımı ve hekimin profesyonel kontrolleri kolaylaşır ve periodontal sağlığı idame ettirmek mümkün hale gelir. Hasta doğal dişlerini koruyabilir ve ceplerden kaynaklanan enfeksiyon nedeniyle meydana gelen genel sağlık problemlerinden de korunmuş olur.

Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Eğer cerrahi tedavi yapılmazsa ilgili dişlerin olduğu bölgede dişeti hastalığı devam eder. Hastalığın ilerlemesine bağlı olarak dişlerde hareketlilik artışı, çiğneme fonksiyonunda azalma ve daha ileri dönemde diş kayıpları meydana gelebilir.

Olası Riskler: Dişeti ve kemik dokularının yenilenme yeteneğine, hastanın sistemik durumuna ve ağız bakımına bağlı olarak bu tedavi her zaman başarılı olmayabilir. Ameliyat bölgesinde enfeksiyon, ağrı, şişlik meydana gelebilir. Eğer kemik yapımına yönelik biyomateriyal uygulanmışsa membran açığa çıkabilir. Dikişlerde kopma ve ameliyat alanında açılma meydana gelebilir. Erken dönemde dişlerde hareketlilik artışı ve sıcak-soğuk hassasiyeti görülebilir. Cerrahi müdahale yapılan alanda zaman geçtikçe dişeti çekilmeleri görülebilir.

Sinüs Tabanı Yükseltme (Lifting) İşlemleri

Sinüsler kafatasındaki hava dolu mukozayla kaplı boşluklardır. Üst çenede yer alan sinüse maksiller sinüs denir. İmplant yerleştirmek için yeterli kemik yüksekliği bulunmayan hastalarda sinüs lifting operasyonları ile istenilen yükseklikte kemik oluşumu hedeflenmektedir. Dişsiz boşluğa implant gereksinimi olduğunda ve yeterli kemik yüksekliği yoksa, sinüs cerrahi olarak açılıp mukozası bir miktar itilir, elde edilen boşluğa kemik grefti doldurulup sinüs tekrar eski konumuna getirilmiş olunur.

Tedaviden Beklenenler: İmplant yerleştirmek için yeterli kemik yüksekliği bulunmayan hastalarda sinüs lifting operasyonları ile istenilen yükseklikte kemik oluşumu hedeflenmektedir.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
SİNÜS LİFT TEDAVİSİ HASTA ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.26	ARALIK 2023	0	0	2 / 3

Tedavi Yapılmazsa: Sinüs lifting gerçekleştirilmezse dişsiz boşluk başka protetik yöntemlerle restore edilebilir.

Olası Riskler: Operasyon sırasında boşluk içinde bulunan yumuşak doku(mukoza) yırtılabilir. Hekiminizin kararına göre işlem ertelenebilir ya da devam edilebilir. İşlem sonrasında nadir de olsa greft ve buna bağlı olarak implant kayıpları görülebilir.

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler: Bölgede gereken cerrahi işlem yapıldıktan sonra, yara bakımı tavsiyeleri verilir. Hastaya kullanılan antibiyotik, gargara, analjeziğe ek olarak dekonjestan (sinüs mukoza reaksiyonlarını minimuma indiren ilaç) kullanılır.

Flep ilave olarak yapılacak.....işlemleri için hasta bilgilendirilmiştir.

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.

İŞLEM DEN 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 yanak içi ve dudakta yara oluşmaması 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:



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
SİNUS LİFT TEDAVİSİ HASTA ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.26	ARALIK 2023	0	0	3 / 3

HASTA ONAYI

Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavinin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim.

Tedavim/vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığımı, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelere 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.

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:
YAKINLIK DERESESİ:
İMZASI :
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 İşaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır**