



**Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi**  
**ALVEOLAR KRET SPLIT OSTEOTOMİ ONAM**  
**(RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.16	ARALIK 2023	0	0	1 / 3

**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: Lokal anesteziyi takiben kemiğin genişliğini artırmak amacı ile kemikte horizontal(boylama)kesi ile işlem yapılacaktır.

**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 DEN BEKLENEN FAYDALAR Alveolar kretin bukkolingual genişliğini artırmak.**

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

İmplant uygulama işlemi için yeteri kadar kemik hacminin( bukkolingual) bulunmaması

**VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Kemik greft uygulama işlemleri , protetik planlama değişik

**İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI**

Lokal anestezi ve rutin cerrahi işlem komplikasyonları (kanama, enfeksiyon, şişlik )gelişebilir. Diğer cerrahi işlemlerde olduğu gibi ameliyat sonrasında bölgede 2-3 gün ya da daha fazla süren şişlik, morluk, kanama, konforsuzluk ve ağız açmada kısıtlılık olabilir.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:30 45 dakika ola bilir**

**KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ** Rutin olarak kullanılan lokal anestezi maddeler,antibiyotikler kanamadurdurucu 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.Hasta işlem bölgesine yerleştirilen tamponu 30dk boyunca ısırmanızdır. Tampon çıkarıldıktan sonra ilk gün sızıntı şeklinde kanama, şişlik, yüz ve boyun bölgesinde morarma olması normaldir. Bu süreçte hasta ağzını çalkalamamalı, tükürmemeli, pipetle meyve suyu vb. ürünler tüketmemelidir. Ağır efor gerektiren etkinliklerden uzak durmalı gerekirse gece yarı oturur pozisyonda yatmalıdır. İşlem bölgesine dışarıdan buz uygulanabilir. Hekimin belirttiği süre boyunca sıcak ve taneli besinler tüketilmemelidir. Yara bölgesinin temizliğine özen gösterilmelidir. Hekimin belirttiği süre zarfında dikişler alınmalıdır. Eğer işlem bölgesinde geçmeyen veya gittikçe şiddetlenen ağrılar mevcutsa derhal hekiminize başvurun.

**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.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**ALVEOLAR KRET SPLIT OSTEOTOMİ ONAM**  
**(RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.16	ARALIK 2023	0	0	2 / 3

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.

### İŞLEMDEN 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 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:

### HASTA ONAYI

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 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.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**ALVEOLAR KRET SPLIT OSTEOTOMİ ONAM**  
**(RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.16	ARALIK 2023	0	0	3 / 3

**HASTA/VELİ/VASİSİNİN;**

ADI SOYADI:

YAKINLIK DERECEŐİ:

İMZASI :

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

**ŐAHİTLİK 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 ALINDIĐI;**

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 İőaretlen di ise őahitlik eden kısmı doldurulmalıdır.*

