



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ İMLANT CERRAHİSİ AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.14	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:

Çene kemiği içine kendi dişinizin köklerinin genişliğinden ve uzunluğundan biraz daha küçük implant yuvalarının hazırlanıp daha sonra hazırlanan bu yuvalara titanyum esaslı silindirik vidaların (implant) yerleştirilmesidir.

Yetersiz kemik dokusunun mevcut olduğu durumlarda, cerrahi bölgeye kemik greftlerinin yerleştirilmesi ve bu greftlerin üzerinin bir membranla örtülmesi gibi ek cerrahi işlemler uygulanabilir. Bütün cerrahi işlemler lokal anestezi altında gerçekleştirilir. İmplant uygulamasından 3-6 ay sonra protez yapımına geçilebilir. İmplantların üzeri cerrahi olarak açılarak iyileşme başlıkları yerleştirilir.

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

Klasik sabit protez yapımında gerekli olan dişsiz bölgeye komşu dişlerin kesilmesi/küçültülmesi işlemine gerek kalmaz. Komşu dişler korunmuş olur. Daha fonksiyonel ve estetik sabit protezler yapılabilir. Hareketli protezlerde ise tutuculuğun artırılmasına yardımcı olarak kullanılabilir. Fonksiyon, estetik artışıyla birlikte hasta konforu sağlanır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Hastada çiğneme, konuşma gibi fonksiyonlar düzgün şekilde gerçekleştirilemez. Bunun sonucunda hastada psikotik sorunlar, çene eklemi dejenerasyonları, beslenme bozuklukları oluşabilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Alternatif tedavi seçenekleri Standart Sabit veya Hareketli Protezlerdir. Bu seçeneklerde fonksiyon, estetik ve hasta memnuniyeti daha sınırlı karşılanır.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, cerrahi bölgede veya yüzünüzde morarma, çene eklemının hasarı veya spazmı, yavaş iyileşme, genellikle geçici fakat çok nadiren kalıcı olabilen dudak, çene ucu ve dil hissizliği, cerrahi işlem sırasında sinüs veya burun boşluğunun açılması, kemik kırıkları. İmplantın vücut tarafından kabul edilmemesi ve yapılan cerrahi işlemin başarısız olması.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Yapılacak implantın sayısı ve uygulanacak ilave cerrahi işlemlere göre süre değişiklik gösterir. Ortalama 30-60 dk denilebilir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

İşlem sonrası antibiyotik, ağrı kesici, garagara ve gerekli görülen diğer ilaçlar reçete edilecektir. Kanama durdurucu ajanlar, antiinflamatuvar ajanlar, greft-membran materyali ve alveogel gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Lokal anestezi ajanları ile ilgili bilgiler Lokal anestezi bölümünde anlatılmıştır.

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.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ İMLANT CERRAHİSİ AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.14	ARALIK 2023	0	0	2 / 3

- Ağzınıza yerleştirilen tamponu 30 dakika boyunca atmayınız
-İşlem sonrası anestezinin etkisi geçene kadar bir şey yiyip içemeyiniz (2-3 saat)
-24 saat boyunca emme, tükürme, çalkalama gibi hareketlerden kaçınınız
-İşlem sonrası ilgili bölgeye anlatılan şekilde buz uygulaması yapınız.
-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 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 BEKLENEEN 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 ısırılmaya bağlı 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

- 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
- 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 DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İMLANT CERRAHİSİ AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.14	ARALIK 2023	0	0	3 / 3

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 ilgilenecek 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:
YAKINLIK DERESESİ:
İMZASI :
TARİH :/...../..... SAAT :/.....

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:
TELEFON NO:
ADRESİ:
İMZASI:
TARİH :/...../..... SAAT...../.....

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

Hastanın Bilinci Kapalı
Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

Hasta 18 Yaşından Küçük

Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok

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.**

