



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.13	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 anlamadığımız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Bu işlem sırasında çenenizde gömülü olarak bulunan (diş etinin yada kemiğin içerisinde gömülü) yirmi yaş dişinin çekimi işlemi yapılacaktır. İşlem lokal anestezi altında yapılacaktır. İşlem sırasında gömülü olan diş ulaşabilmek için bir kesi yapılması ve dişin çekiminin ardından dikiş atılması gerekecektir.

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

- Olası diş ve çene enfeksiyonlarının önlenmesi
- Olası kist, tümör vb. oluşumların önlenmesi.
- Çevre dişlere zarar gelmesinin önlenmesi.
- Hastanın ağrısının giderilmesi.
- Çürük, kök rezorpsiyonu vb. durumların önlenmesi

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

- İlgili dişte enfeksiyon, ağrı
- İlgili diş bölgesinde kist, tümör vb. oluşması
- Çene kemiğinde enfeksiyon
- Gömülü dişin komşu dişlere zarar vermesi

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

- Dişin çekilmemesi
- Dişin sadece kron kısmının çıkartılması

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Sayın hastamız size uygulanacak olan cerrahi işlem sırasında yapılanları hissetmemeniz amacıyla lokal anestezi uygulayacağız. Bu uygulamalar bilimsel ve etik olarak bütün dünyada kabul edilmiş uygulamalardır. Yapılacak lokal, bölgesel veya infiltratif anestezi uygulamaları esnasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlar şunlardır;

Tansiyon ve nabız düşmesi: işlem 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. Ayrıca işlem sırasında ve sonrasında baş ağrısı gözükülebilir. Sinirsel komplikasyonlar: Anestezi sonrası geçici veya kalıcı sinirsel harlar (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 DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.13	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

önlemler alınır. Ameliyatın uzaması yahut yeni bir operasyon planlanabilir.

- 13) Gerek dişin anatomik formundan, gerek bölgedeki kemiğin inceliğinden dolayı, hastanın ani hareketinden dolayı ilgili diş komşu anatomik boşluklara kaçabilir. Bu durumda hekim ileri koruyucu tedaviyi yapabilir.
- 14) Cerrahi çekim esnasında kullanılan hava basıncı ile çalışan aletlerin neden olabileceği doku aralarında hava birikimi söz konusu olabilir. Hastada cilt renk değişikliği ve hareket kısıtlaması görülebilir.
- 15) Anatomik yakınlıklardan dolayı özellikle üst çene yirmi yaş dişlerinin çekimi sırasında ilgili dişin sinüs boşluğuna kaçması söz konusu olabilir. 15)Eklem sıkıntıları: Çekim zorluğuna bağlı olarak eklemlerinizde geçici veya kalıcı olarak çene eklemi problemleri ortaya çıkabilir.
- 16) Alveolit: Çekim sonrası özellikle tükürmeye, ağız bakımına dikkat etmemeye, çekim socketinde yemek artıklarının birikmesine ve sigara içmeye bağlı olarak çekim yeri enfeksiyonu meydana gelebilir. Hatta bu durum ilerleyerek çene kemiği iltihabına neden olabilir.
- 17) Sistemik rahatsızlığı olan (immün yetmezlik sendromu, şeker, kemoterapi, radyoterapi gören hastalar vb.) hastalarda çekim sonrası sert ve yumuşak doku iyileşmelerinde rahatsızlıklarına bağlı olarak gecikme ve iyileşmeme görülebilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 30-45 dakika

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

- İşlem sırasında lokal anestezi maddeler ve gerekli görülürse kanama durdurucu maddeler kullanılabilir.
- İşlem sonrası doktorunuz gerekli görürse antibiyotik, ağrı kesici ve gargara reçete edecektir.
- Ayrıca gereken durumlarda ekstra ilaçlar da reçete edilebilir.

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.

- 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.
- Reçete edilen ilaçları doktorunuzun anlattığı şekilde kullanınız.

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.

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 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.



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.13	ARALIK 2023	0	0	4 / 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 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:

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 ilgileyecek 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 *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.

