



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

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.20	ARALIK 2023	0	0	1 / 4

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 anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem:

Dental implantlar çağdaş diş hekimliğinin bir uygulamasıdır. Günümüzde kök formuna benzer titanyumdan yapılmış implantlar çene kemiklerine yerleştirilmekte ve kaybedilen dişlerin yerleri tamamlanmak üzere protezler planlanmaktadır. İmplant tedavisine ait başarılar uzun dönem takipli bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur. Buna göre, travmatik cerrahi işlem ile yerleştirilen yeterli sayı, çap ve boya sahip implantlar, yeterli bir iyileşme süresi sonrasında uygun şartlara göre dizayn edilen bir protezi 10 yıllık bir sürede %99 gibi yüksek bir başarı ile taşırlar. Bu oran diş hekimliğinin diğer tedavileri ile kıyaslandığında oldukça yüksek ve güven vericidir. Ancak, bu başarı yukarıda kısaca değinilen yeterlilik kriterlerine uyulması halinde gerçekleşir. Bu yazının devamında olası başarısızlık, komplikasyonlar ve çözümlerine de değinilecektir.

İmplantlar çene kemiği içerisine cerrahi olarak yerleştirilir. İmplant yerleştirilecek bölgede önce yumuşak doku üzerinde bir kesi yapılır. Kemik açığa çıkarılarak özel uçlarla implant yuvası hazırlanır. Daha sonra implant çivisi çene kemiğinde açılan bu yuvaya yerleştirilir, dişeti dikişlerle kapatılır. Genellikle 2-4 ay veya gerekli olduğu takdirde daha uzun süre iyileşmeye bırakılır. İyileşme döneminden sonra ikinci bir cerrahi işlem ile implantın üzeri açılır ve proteze destek olacak parçalar takılır. Bir sonraki aşama ise protez yapımıdır. Cerrahi öncesi kemiğin yükseklik, genişlik ve uygunluğunu tespit etmek için detaylı pek çok inceleme yapılmasına rağmen implantın yerleştirilmesi sırasında yetersiz veya düzensiz kemik şekliyle karşılaşılabilir. Böyle durumlarda kemik grefti uygulaması ve bazı ilave cerrahi işlemler gerekebilir. Kemik grefti veya ilave cerrahi işlemlerin uygulanması durumunda tahmin edilen tedavi süresi uzayabilir. İmplant tedavisinin başarısı pek çok faktöre bağlıdır. İmplant cerrahisi öncesi hastanın tüm periodontal tedavilerinin bitmiş olması ve hastanın iyi bir ağız bakımına sahip olması gerekir. Ayrıca implant tedavisinin başarısını azaltan hastaya ait bazı faktörler vardır. Bunlara örnek olarak diyabet, aşırı alkol tüketimi, sigara, bazı ruhsal bozukluklar, kan hastalıkları, bağışıklık sistemi bozuklukları, kortizon kullanımı ve radyasyon tedavisi verilebilir. Operasyon sonrası o bölgeye uygulanacak özenli ve uygun bakım, ağızdaki dişli bölgelerin fırçalanması, gargara yapılması ve doktorunuzun önerdiği tüm hijyen kurallarına uyulması tedavinin başarısı için çok ciddi bir önem taşır.

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.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ.

İmplant destekli protezlere alternatif tedavi seçenekleri bulunabilir. Ancak, kaybedilmiş diş sayısı, kalan dişlerin tipi, yerleşimi ve sağlığı gibi değişken faktörler söz konusu olduğu için, her kişiye önerilecek uygun protez seçenekleri farklı olacaktır. Klasik yöntemlerle de eksik dişleriniz telafi edilebilir. Size uygun seçenekleri, avantaj ve dezavantajlarını doktorunuz anlatacaktır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Tüm ağzımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlar açıklandı.

- Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği,
- Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği



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

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.20	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

- Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği,
- Verilen randevulara aksatmadan gelmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği,

İmplant tedavisi yapılacaksa; ile hedeflenen amacın, çenemde diş kaybı sonucu oluşan problemi tedavi etmek ve çiğneme etkinliğimi arttırmak olduğunu anlamış bulunmaktayım

- Bu tedavi uygulanmadığında diş kaybı olan bölgelerde çene kemiğimin hızla eriyebileceğini ve bunun gelecek yıllarda klasik total ve parsiyel protez kullanımında tutuculuk, fonksiyon ve estetik problemleri yaratabileceğini anlamış bulunmaktayım.
- İmplant tedavisinde olası cerrahi risklerin var olduğunu ve buradaki risklerin aşağıdaki maddeleri içerdiğini anlamış bulunmaktayım:

—Operasyon sonrası şişlik, ağrı, kanama ve morarma

—İlave tedavi gerektiren enfeksiyon durumu

—Duyu sinirlerinin zarar görebilmesi ve bunun geçici/ kalıcı hissizlik oluşturabilmesi

—İmplantın çıkartılmasını gerektiren durumlar ile karşılaşılması

- İmplant tedavisi sırasında öngörülmeyen durumların ortaya çıkabileceğini ve önceden planlanmış işlemlerin genişletilmesi ve değiştirilmesi gerekebileceğini anlamış bulunmaktayım.
- Ameliyat sonrası bakımın ve takibin dental implantların başarısında çok önemli olduğunu anlamış bulunmaktayım.
- Sağlık geçmişim, şu andaki genel sağlık durumum, daha önce tıbbi ve dental tedavilerim sırasında yaşadığım problemler hakkında vereceğim bilgilerin önemini anlamış bulunmaktayım.

Tarafıma açıklandı.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

1-Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi, implant cerrahisinde de bazı komplikasyonlar oluşabilir. Bunlar; operasyon sonrası morarma, şişlik, kanama, enfeksiyon, ağzın açılmasında zorluk, dokularda hissizlik, karıncalanma ya da duyu değişiklikleridir. Bunun yanı sıra komşu dişte hasar, üst çenede sinüs ve burun tabanı zedelenmesi gibi riskler görülebilir. Yine ender karşılaşılan komplikasyonlara bağlı olarak implantın kemikle birleşmemesi nedeniyle çıkarılması gerekebilir.

2-İmplant tedavisinin uzun dönem başarısı, ağız hijyenine büyük özen gösterilmesine ve doktorunuz tarafından hazırlanmış kişiye özel bakım programına uymanıza bağlıdır. Motivasyonunuzun tüm tedavi süresinde ve sonrasında her zaman en üst düzeyde olmasına özen göstermelisiniz. Doktorunuz tarafından planlanan belirli sürelerde mutlaka hasta bakım programınızın kontrolü için bu rutin ziyaretleri ihmal etmemelisiniz. Bu dönemler arasında ise plak kontrolünden ve ağız hijyeninden siz sorumlusunuz. Doktorunuz ile işbirliği içinde olmaya özen gösteriniz.

İlave 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.



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

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.20	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

İŞLEMEN BEKLEENEN 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 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 eğitimsel 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:

HASTA ONAYI

PERİODONTOLOJİ TEDAVİSİ ve PERİODONTOLOJİ CERRAHİSİ TEDAVİSİ İLE İLGİLİ BU FORMU OKUYUP ANLADIĞIMI VE BÜTÜN SORULARIMIN CEVAPLANDIRILDIĞINI KABUL EDİYORUM. BU FORMUN HER SAYFASINDAKİ ONAYIM VE AŞAĞIDAKİ İMZAM, İMLANT YERLEŞTİRİLMESİ veya ÇEKİM İÇİN GEREKLİ OLAN CERRAHİ İŞLEMLERİN UYGULANMASINA İZİN VERDİĞİMİ BELGELEMEKTEDİR

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.**" yazını

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA 'Bu Onam Formunu, **Okudum ve Anladım**' YAZARAK İMZALAYINIZ)

Lütfen kutu içine kendi el yazınız ile yazınız.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İMLANT TEDAVİSİ HASTA ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.20	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

Hastanın Bilinci Kapalı Hasta 18 Yaşından Küçük Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

HASTA/VELİ/VASİSİNİN;

ADI SOYADI:
YAKINLIK DERECEŚİ:
İMZASI :
TARİH :...../...../..... SAAT :...../.....

ŞAHİTLİK EDENİN;

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

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.**