



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

PERİODONTAL CERRAHİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.10

YAY.TRH:26.09.2019

REV.TRH:00

REV.NO:00

SAYFA NO:1 / 2

Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;

Bu form diş tedavileri sürecindeki olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.) bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi) kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir.

Dışhekiminiz tarafından uygulanacak tedaviler hakkında aşağıda verilen bilgilendirme formunu dikkatle okuyup formu imzalayınız. Anlayamadığımız hususların hekiminiz tarafından açıklanmasını isteyiniz

ANAMNEZ

Tarih :Adı Soyadı:

Hepatit(sarılık) A,B,C geçirdiniz mi? :>Tedavi oldunuz mu?.....

HIV(AIDS) geçirdiniz mi? :

Diabet(şeker) hastalığınız var mı? :>Hangi ilacı kullanıyorsunuz? :

En son kan şekeri ölçüm değeriniz nedir? :

Herhangi bir ilaca, metale veya maddeye karşı alerjiniz var mı? :

Kalp probleminiz var mı? :> Hangi ilacı kullanıyorsunuz? :

Ameliyat geçirdiniz mi? :

Çocuklukta ateşli hastalık geçirdiniz mi? :>Kalpte sekel-arıza-hasar bıraktı mı?.....

Tansiyon probleminiz var mı? :> Hangi ilacı kullanıyorsunuz? :

En son tansiyon ölçüm değeriniz nedir? :

Hamile misiniz? :

Herhangi bir kan hastalığınız var mı? :

Başka herhangi bir hastalığınız-hastalığınız var mı? :

Daha önce diş çektirdiniz mi? :> Diş çekimi sırasında bir problemle karşılaştınız mı?.....

TEŞHİS: Periodontal hastalıkta, dişetlerinin dişten ayrıldığını ve periodontal hastalığın dişin destek dokularını zayıflattığını biliyorum.Periodontal cepler bu ayrılmalar sonucu gelişmekte ve bu alanlara bakteri birikimini kolaylaştırmakta, temizlenmesi zor bölgeler oluşturarak kemik ve yumuşak doku kaybını arttırmaktadır. Tedavi edilmediği takdirde periodontal hastalık ,dişlerimi kaybetmeme, dişlerimde sallantılara ya da farklı sonuçlara neden olabilir.

ÖNERİLEN TEDAVİLER: Periodontal hastalığının tedavisinin bir bölümünde doktorum periodontal cerrahi işlemler önerdi. Tedavim sırasında lokal anestezi kullanılabılır. Antibiyotik veya diğer maddelerin diş kök yüzeyine uygulanabileceğini biliyorum. İşlemler sırasında kök yüzeylerine ve kemiğe ulaşımı ve görüşü kolaylaştırmak için dişetlerimin cerrahi olarak açılacağını biliyorum. Gerektiğinde enfekte dişeti uzaklaştırılabilir, kök yüzeyleri temizlenir, kemik düzensizlikleri yeniden şekillendirilebilir. İşlemin tahmini süresi hakkında bilgi verildi. Dişler etrafında kemik kaybı görülen alanlarda greft materyalleri yerleştirilebilir. Bu materyaller kendi kemiğimi içerebilir, sentetik olarak elde edilmiş olabilir veya doku bankasından elde edilmiş olabilir. İyileşmeye yardımcı olmak için greft ile birlikte membranlar kullanılabilir. Dişetlerim en iyi iyileşme için işlem sonrasında en uygun pozisyonda dikilecektir.



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

PERİODONTAL CERRAHİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.10

YAY.TRH:26.09.2019

REV.TRH:00

REV.NO:00

SAYFA NO:2 / 2

Beklenmeyen bir durumla karşılaşıldığında yapılması düşünülen cerrahi plan değiştirilebilir ve komşu dişlerin iyileşmesi için , umutsuz olan dişlerin çekilmesi gerçekleştirilebilir.

RİSK VE KOMPLİKASYONLAR: Az sayıda da olsa bir grup hastada periodontal cerrahi ile başarılı sonuçlar alınmadığı ve böyle bir durumda ilgili dişlerin kaybedilebileceğini biliyorum. Perodontal cerrahi ile başarılı bir fonksiyon ya da estetik görüntü sağlanamayabilir. Her hastanın tedaviye cevabı farklıdır ve uzun dönem başarı sağlanamayabilir. Periodontal cerrahi sırasında ilaçlar ya da anestezi sırasında komplikasyonlar gelişebileceğini biliyorum. Bu komplikasyonlar arasında cerrahi sonrası enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, yüzde morarmalar, dudaklarda geçici ama nadiren dişlerin sallanmasında artış, sıcak, soğuk, tatlı ve asitli yiyeceklere karşı diş hassasiyeti ,iyileşme döneminde dişetlerinde çekilme ,dişler arasında boşluklar gelişmesi, dudak köşelerinde yaralanma, birkaç gün ağız açıklığında kısıtlanma, konuşmakta zorluk, allerjik reaksiyon, dilde yaralanma gibi komplikasyonlar görülebilir. Oluşan komplikasyonların iyileşme süresi tahmin edilemez.

Eğer iyileşme sonrası elde edilen sonuç istenildiği gibi olmazsa, ikinci bir cerrahi işlem gerekebilir. Cerrahi işlemin başarısını sistemik durum, diyet, beslenme problemleri, alkol ve sigara kullanımı,dişleri sıkma ve ilaç tedavileri etkileyebilir.

Doğal dişlerimin ve yapılan uygulamaların günlük olarak hijyenik koşullarda temiz tutulmasının sağlanması gerektiğini biliyorum. Sigara kullanımı ve alkol tüketiminin dişeti iyileşmemi olumsuz etkileyeceğini ve cerrahi işlemin başarısını azaltacağını biliyorum. Doktorumun tavsiyelerine uymam gerektiğini, doktoruma düzenli olarak muayene olmam gerektiğini ve koruyucu tedavileri olmam gerektiğini biliyorum.

UYGULANAN TEDAVİNİN BAŞARISI İLE İLGİLİ GARANTİ VERİLMEMESİ: Bu tedavilerin başarılı olacağına dair bana hiçbir garanti, başarılı olacağına dair hiçbir yazılı belge verilmediğini biliyorum. Kişisel farklılıklar söz konusu olduğundan doktorum başarı şansını tahmin edemeyebilir. Çok iyi bir ağız bakımı sağlanabilse dahi, düzeltilen durumun daha da kötüye gitmesi şeklinde başarısızlık riski vardır ve yeni bir tedavi gerekliliği söz konusu olabilir.

KAYITLARIN YAYIMLANMASI: Fotoğrafların,röntgen ya da diğer görüntüleme metodlarının tedavi öncesinde ,sırasında ya da sonrasında kullanılmasına izin veriyorum, ancak benim iznim olmadan kimliğimin açıklanmasına razı olmuyorum

HASTA ONAMI:

Periodontal cerrahi işlemi , cerrahi işlemler sırasında gerekli prosedürleri, cerrahi işlemin olası risk ve faydalarını , alternatif tedavi seçeneklerinin varlığını ,takip sürecinin ve kişisel bakımın önemini biliyorum ve bu konularda tamamen bilgilendirildim. Tedavim hakkında soru sorma ayrıcalığım olduğunu ve endişelerimle ilgili periodontoloğumla konuşabileceğimi biliyorum. Özenli bir muayeneyi takiben bana anlattığı gibi ve tarif edilen tedavi planlamasına uygun olarak periodontal cerrahi ile tedaviye izin veriyorum.

Ayrıca klinik durumum ,bana anlatılan cerrahi işlemin uygulanmasına olanak vermezse ,diğer cerrahi tekniklerin kullanılmasına izin veriyorum. Eğer klinik durumum herhangi bir cerrahi uygulamaya olanak tanımıyor ise , cerrahi işlem ile ilgili kararların periodontoloğum tarafından verilmesine izin veriyorum. Gerektiği taktirde destekleyici kemik greftleri ya da farklı greftlerin, membranların ya da diğer materyallerin kullanılmasına izin veriyorum.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ: Tetkik ve tedaviniz için gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma; ağız ve diş sağlığı merkezimize\ merkezlerimize yeniden başvurabilirsiniz **Tedavimi yapacak hekime genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi ifade ederim. Hekimim, yukarıda bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek ve muhtemel yan etkiler hakkında beni yazılı ve sözlü olarak detaylı bir şekilde bilgilendirmiştir. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM.(Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki boş alana kendi el yazınızla **TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM** şeklinde yazarak imzalayınız)** Verilen bu bilgiler ışığında size planlanan tedavilerin uygulanmasını kabul ediyorsanız el yazınızla "**OKUDUM, ANLADIM ve ADINIZI SOYADINIZI**" yazarak imzalayınız.

Hastanın Dil / iletişim Problemi var ise;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmalıdır.

Tercüme Yapanın

İmza

Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

HASTANIN VEYA YAKININ AD\SOYAD\İMZA	TARİH: SAAT:	İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN AD\SOYAD\İMZA
--	---------------------	---------------------------------------