



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

KİST OPERASYONU BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.14

YAY.TRH:22.07.2013

REV.TRH:00

REV.NO:00

SAYFA NO: 1 / 2

Protokol no :
Adı soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tarih :

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;
Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.
Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :
PLANLANAN TEDAVİ :

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

Genel tanımı ile kist, içi kist sıvısı ile dolu boşluk ve bu sıvıyı çevreleyen kist kılıfından oluşur. Kistler çok değişik nedenlerle oluşabilirler. En çok oluşma nedeni ise tedavi edilmemiş diş enfeksiyonu ve gömülü kalmış dişlerdir. Kistler genelde çenede şişlik olarak kendini belli eder. Çok uzun yıllar şişlik ve ağrı oluşturmadan çene kemiği içinde büyüyebilirler. Operasyonla alınmadıkları sürece de büyümeye ve çene kemiğini eritmeye devam ederler. Bu nedenle kist teşhis edildiği zaman en kısa zamanda alınması gerekir, çünkü kistler ilaç tedavisi ile iyileşmezler mutlaka ameliyat edilmesi gerekir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Cerrahi müdahale dışında alternatif tedavi yoktur.

İŞLEME AİT KOMPLİKASYONLAR

- 1-Uygulanılacak lokal anesteziye bağlı olarak; farklı şiddette gelişen alerjik reaksiyon, uygulanan bölgeye bağlı olarak dişetlerinde hassasiyet, ağız açıklığında kısıtlılık, his ve fonksiyon kaybı gelişebilir.
- 2- Kist tekrar oluşabilir. Operasyon sırasında kist tamamen temizlenir ancak temizlenemeyen gözle görülemeyecek hücre artıkları orada tekrar kist oluşumuna neden olabilir. Bu nedenle operasyon sonrasında belli aralıklarla kontrole gelmeniz gerekmektedir.
- 3- Kistin üst çenede sinüs ve burun boşluklarına yayılması durumunda operasyon sonrası burun veya kulaktan kan gelmesi olabilir
- 4- Alt çenede kist siniri çevrelemişse operasyondan sonra ilgili bölgede veya dudakta kalıcı veya geçici his kaybı olabilir.
- 5- Eğer kist çok büyük boyutlara ulaştıysa kemikte çok fazla erime olur ve bu da çene kemiğinin kırılmasına neden olabilir.
- 6- Operasyondan sonra çenede şişlik, ağrı ve renk değişikliği olabilir.
- 7- Kist ameliyatlarından sonra yara yerine iyi bakılmaması sonucu iltihaplanma olabilir.



KİST OPERASYONU BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.14

YAY.TRH:22.07.2013

REV.TRH:00

REV.NO:00

SAYFA NO: 2 / 2

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Doktorunuzun uyarı ve önerilerine sadık kalmanız başarı şansını arttıracaktır. Ancak bu tedavide de biyolojik nedenlerle başarısızlık görülebilir.

(Her olguda hekim tarafından hastaya özgü doldurulacaktır.)

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kayb olduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

Hasta
Adı-Soyadı (el yazısı ile)..... İmza Tarih / Saat

Hasta onay veremeyecek durumda ise:
Hastanın vekili / yasal temsilcisi
Adı-Soyadı (el yazısı ile)..... İmza Tarih/ Saat

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak):

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor
Adı Soyadı :..... İmza Tarih/ Saat

Hastanın Dil / iletişim Problemi var ise;

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

Tercüme Yapanın
Adı Soyadı (el yazısı ile) : İmza Tarih/ Saat

*Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.