



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

DENTAL İMPLANT BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.16

YAY.TRH:22.07.2012

REV.TRH:14.10.2019

REV.NO:02

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 sahipsiniz. 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 :

LOKAL ANESTEZİ UYGULAMASI:Gerekli durumlarda, lokal anestezi ile işlem yapılan bölge uyuşturularak ağrıyı engellemek azaltmak ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmak amaçlanmaktadır.

MUHTEMEL KOMPLİKASYONLAR:.Kanama, ağrı, şişlik, geçici his kaybı, alerjik reaksiyon ve geçici yüz felci meydana gelebilir.

REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLER: Lokal anestezi uygulanmaması halinde, hasta işlem sırasında şiddetli ağrı duyabilir, bayılabilir (senkop), ağrı şokuna girebilir.

SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK YAŞAM ÖNERİLERİ: Lokal anestezi madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekimine söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ: Diş hekimliğinde lokal anestezi sağlamak için artikain, bupivakain, lidokain, mepivakain, prilokain, benzokain vb.etken maddeli anestejik maddeler kullanılır. Lokal anestezi maddeler dolgu yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar.

HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ:Dişsizlik,fonksiyon eksikliği eklem problemi
TIBBİ MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN NEREDE, NE ŞEKİLDE VE NASIL YAPILACAĞI İLE TAHMİNİ SÜRESİ:
İşlem klinik hekiminiz tarafından, başvurduğunuz klinik içerisinde yapılacaktır. Tahmini işlem süresi **40 -60 dakika** arasında değişmektedir.

DİĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:Herhangi bir tedavi yapılmayabilir.Mevcut protez veya köprü kalabilir veya biraz geliştirilebilir.Eksik dişlerin yerine yeni protez yapılabilir.

MUHTEMEL KOMPLİKASYONLAR: 1- Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi genel sağlık durumunuz implant cerrahisinin başarısını yakından ilgilendirmektedir. Çıkabilecek komplikasyonların bir kısmı genel sağlık durumunuz ile ilgili olabilir Operasyon sonrasında bölgede şişlik, ağrı ve ciltte renk değişikliği olabilir. İmplant yapılan bölgede bulunan anatomik yapılarda zedelenme olabilir. Buna bağlı olarak alt dudakta kalıcı veya geçici uyuşukluk, maksiler sinüste zedelenme sonucu burundan kan gelme veya iltihap gibi şikayetler olabilir. İmplantın üzerine yerleştirilen kapatma vidalarında gevşeme veya düşme olabilir. Bazı durumlarda implantın iyileşmesinde gecikme ya da iyileşmemesi sonucunda yerleştirilen implantın çıkarılıp yerine yenisinin takılması gerekebilir. İmplant tedavisi sonrasında dişetin iyileşmesi yaklaşık 10 gün kadar sürerken kemik iyileşmesi alt çenede yaklaşık 3-4 ay üst çenede ise 5-6 ay kadar sürebilir. Sinüse kemik ilavesi gereken durumlarda ise üst çenede iyileşme 9 aya kadar uzayabilir. İmplant operasyonu sonrasında hekiminizin size anlattığı tavsiyelere harfiyen uymanız önemlidir. Uyulmaması durumunda istenmeyen bazı durumlar oluşabilir.Ameliyat sonrası enfeksiyon ilave tedavileri gerektirebilir ve implant kayıpları olabilir.Sinüste meydana açıklık (üst dişlerin kökünün üzerinden kemiğin içerisine doğru açılan içi boş kanal)ilave tedaviler gerektirebilir.Eğer sinüse girilirse ilave iyileşme zamanı ve bazı ilaçlara gereksinim olacağı sinüzit semptomları birkaç hafta boyunca görülebilir.Sigara içimi implant teavisinin başarısını olumsuz etkilemektedir. İmplant uygulamaları sırasında gerekli olduğu takdirde sentetik veya hayvan kaynaklı kemik ve benzeri malzeme kullanılmaktadır. Bu maddelerin kullanılmasını istemiyorsanız mutlaka doktorunuzu bilgilendiriniz.

REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLER:Dişte dolguyla giderilemeyecek harabiyet/madde kaybı ve az sayıda diş eksikliğine bağlı azalan çiğneme fonksiyonu ,konuşma ve estetik bozukluğu.eksik dişlerin bulunduğu yere karşı dişlerin uzaması ve kapanış bozuklukları,eklem problemleri,çene kemiği erimesi.



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
DENTAL İMPLANT BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.16

YAY.TRH:22.07.2012

REV.TRH:14.10.2019

REV.NO:02

SAYFA NO: 2 / 2

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ: Diş hekimliğinde lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır.

SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ: İşlemi sonrasında işlem yapılan bölgenin enfeksiyonlardan korunması için ağız bakımı (diş fırçalama, diş ipi kullanma vb.) önemlidir. İşlem sonrası ağız tamponu yarım saat çıkarılmamalı, tampon sık sık değiştirilip tükürülmemelidir. 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemelidir. Sonraki ilk günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır, ağız temizliğine dikkat edilmelidir.

GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ: Olası yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Hasta kurumdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla karşılaştığında; kendi klinik hekimine randevusuz olarak ya da hastanemiz acil kliniklerine 24 saat başvurabilir.

GARANTİ YOK

Bazı hastalar dental implant cerrahisine başarılı bir şekilde cevap vermezler.Bu durumda implant kaybedilebilir.Eğer implant iyileşme safhasında kaybedilirse daha sonra kemik defekti iyileştiğinde veya kemik grefti yardımı ile bir başka implant yerleşimine uygun kemik hacmi elde edildikten sonra tekrar implant yerleştirmek mümkün olabilir.Böyle bir durum olduğunda bu işlem için ödeme yapacağımı biliyorum.Ayrıca başarılı sağlam bir implantın da aylar veya yıllar sonra implant ve dişeti ve /veya kemik arasındaki bağlantı başarısızlığı olabilir ve bu nedenle implantın çıkarılması gerekebilir.Bu nedenle önerilen cerrehinin tamamen başarılı olacağı ve bütün tedavi öncesi semptom ve şikayetlerimi elemine edeceğine dair bana herhangi bir garantinin verilmediğini biliyorum. İdeal koşullar sağlansa da başarısızlık riskini ,geri dönüşü,mevcut durumumdan daha kötü bir duruma geleceğimi biliyorum.İmplant kaybı durumunda bir para iadesi olmayacaktır. Belirtirim ki yukarıdaki bilgilendirilmiş om-nam formunu okudum ve tam olarak anladım ve bütün sorularıma tam anlamıyla cevap verildi.Bu formu imzalamadan önce formu alma ve gözden geçirme şansım oldu.Yapılacak olan işlem,yapılacak olan kesinin yeri,kullanılacak implantların tipi tam olarak anlayacağım şekilde açıklandı.Sonuç olarak ,dental implant tedavisini ve diğer cerrahi işlemleri(greft,membran kullanımı)de dahil olmak üzere dental implant ile ilgili cerrahisine devam etmeyi onaylıyorum.

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,” “BİR NÜSHASINI TESLİM ALDIM”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 anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

İmza

Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

HASTANIN VEYA YAKININ AD\SOYAD\İMZA Bir Nüshasını Teslim Aldım	TARİH: SAAT:	İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN AD\SOYAD\İMZA
--	---------------------	---------------------------------------