**Sayın Hasta/ Hasta yakını/ Yasal Temsilcisi;**

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Açıklayamadığımız her durum hakkında soru sorunuz, açıklamaktan memnuniyet duyacağız. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

**BİLGİLENDİRME**

ÖN TANI:

PLANLANAN TEDAVİ, TAHMİNİ SÜRE:

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ**

Kök ucunda iltihap olan dişler, kanal tedavisi ile tedavi edilir. Ancak, bu tedaviye yeterli yanıt alınamadığında; dişin ağızda tutularak daha uzun süreli fonksiyonunun sağlanması için kanal tedavisini takiben kök ucunun iltihaplı doku ile birlikte uzaklaştırılması gerekir. Ayrıca kanal tedavisi sırasında kök kanalında kalan aletlerin çıkartılması, taşkın dolgu maddesinin temizlenmesi ve diğer bir cerrahi tedavi sırasında kök yüzeyleri açılan dişlerin korunması amacıyla da kök ucu rezeksiyonu yapılması uygun görülebilir.

**İŞLEM HAKKINDA BİLGİ**

Bu işlem sırasında, ilgili dişin boyu uygun miktarda kısaltılır ve ileri enfeksiyonların önlenmesi için kök ucunda hazırlanan küçük bir kavite dolgu maddesi ile kapatılır. Bu işlem genellikle lokal anestezi altında yapılır. Ancak, gerek duyulduğunda bilinçli sedasyon ya da genel anestezi altında da yapılabilir. Apikal rezeksiyon geri dönüşümsüz bir tedavidir. Bu nedenle, işlem öncesinde size uygun olan tüm tedavi seçenekleri sunulacaktır. Tedavi sırasında ilgili bölgeden bir veya birden fazla radyografi alınması gerekebilir.

**ALTERNATİF TEDAVİLER**

Apikal rezeksiyon işleminin alternatif tedavisi ilgili diş veya dişlerin çekimidir.

**İŞLEME AİT OLASI KOMPLİKASYONLAR**

İşlem sırasında veya sonrasında aşağıda sıralanan istenmeyen olaylar ile karşılaşabiliriz. Ancak, bunlara karşı her türlü önlemi aldığımızı bilmenizi isteriz. Her türlü tedbire rağmen bu olasılıklarla karşılaştığımızda da gereken müdahaleyi yapacağımızı da beyan ederiz.

1. Tüm sağlık uygulamasında olduğu gibi hastanın genel sağlık durumunun elvermediği

şartlarda tedavi başarısız olabilmektedir.

2. İşlem sonrasında birkaç gün ev istirahati gerektirebilecek ağrı ve şişlik gelişebilir.
3. Ek tedavi gerektirebilecek kısa ve uzun sürede kanama gelişebilir.
4. Komşu dişlerde bulunan restorasyonların (dolgu, kaplama vb.) kırılması, yerinden oynaması ya da çıkması, komşu dişte sallanma ve/veya komşu diş köklerinde hasar oluşabilir. 5. Ek tedavi gerektirebilecek enfeksiyonlar oluşabilir ve yara iyileşmesi gecikebilir.
6. İşlem sırasında ekartasyon ve ağzın açık kalması sonucunda küçük çatlak ve ezikler oluşabilir.
7. İşlem sonrasında birkaç gün boyunca ağız açmada kısıtlılık olabilir.
8. Çene kemiği ve yumuşak dokunun duyarlılığını sağlayan sinir dallarında oluşabilecek hasara bağlı olarak; ilgili bölgede (çene ucunda, dudaklarda, yanakta, diş etinden, dilde veya dişlerde) gelişebilecek uyuşukluk, ağrı veya karıncalanma hissi olabilir. Bu semptomlar günler içerisinde geçebildiği gibi daha uzun sürebilir veya kalıcı olabilir.
9. Üst çene arka bölgedeki dişlerin kökleri sinüs boşluğu ile yakın komşuluk ilişkisindedir. İşlem sırasında sinüs boşluğu açılabilir. Bu durumda farklı cerrahi yaklaşımlar uygulanması gerekir.

10. Operasyon sonrası ilgili bölgede çene kemiklerinde düzensizlik oluşabilir. Bu düzensizliklerin tedavisi için cerrahi işlem yapılması gerekebilir.

11. İşlem sonrası dişin sallanmasını engellemek için komşu dişlere kısa süreli bağlanması gerekebilir.

Yukarıdaki risklerden dolayı hastanın, hekiminin direktiflerine uyulması ve işlem esnasında ani hareketlerde bulunulması önemlidir.

**LOKAL ANESTEZİ HAKKINDA BİLGİ**

Biyopsi alınırken ilgili bölgeyi uyuşturmak amacıyla lokal anestezi uygulanabilir. İşlemin yerine göre dental enjektör ile doku içine anestezik solüsyon zerk edilir. Hastanın bilinci yerindedir. Ağrının tamamen kaldırılamadığı durumlarda ilave anestezi yapılması veya yardımcı anestezi tekniklerinden yararlanılması gerekebilir.

**Olası riskler:** Kısa süreli anestezi yapılan bölgede beyazlama, alt çenede yapılan anestezilerde elektrik çarpma hissi, kısa süreli dudak kayması, gözün tek taraflı olarak geçici bir süre kapatılamaması / az kapatılabilmesi (uyuşukluk geçinceye kadar), kalbinizin hızlı atması, tedirginlik hali, alerji, anaflaksi (hayatı tehdit edici ileri derecede alerji durumu) gibi durumlarla karşılaşılabilir.

**İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ**

Apikal rezeksiyon; rutin tedavilere yanıt alınamadığı durumlarda uygulanan ve dişin ağızda kalma süresini uzatmayı amaçlayan bir cerrahi yaklaşımdır. Ancak, operasyon sonrası şikayetler tekrarlayabilir. Bu durumda işlem tekrar yapılabilir ya da dişin çekimine karar verilebilir. Kesin başarı oranının tahmin edilmesi mümkün değildir. İşlem öncesinde ve sonrasında diş hekiminizin önerileri ve yönlendirmelerini tam olarak anlamanız ve uygulamanız iyileşme açısından büyük önem taşımaktadır. Planlanan sürelerde kontrollere gelmek ihmal edilmemelidir.

**İŞLEMİ REDDETME DURUMUNDA OLASI SONUÇLAR HAKKINDA BİLGİ**

Hastanın tedaviyi kabul etmediği durumlarda bölgedeki enfeksiyon kaynağı tamamen ortadan kaldırılamayacağı için tekrarlayan enfeksiyon durumu ve sonucunda çevre doku ve dişlerde hasar oluşması öngörülmektedir. Hastanın tedaviyi kabul etmemesinden kaynaklanan tüm sonuçlardan hastanın kendisi sorumludur.

**YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ**

- Hekiminizin sözlü ve/veya yazılı olarak yaptığı önerileri dikkatlice dinleyiniz ve önerileri uygulayınız.
- Hekiminiz ilaç reçete etti ise ilaçlarınızı düzenli olarak, saatinde kullanınız.
- Dudaklarınızı kaldırarak yara yerini incelemeye çalışmayınız ve baskı uygulamayınız.

Aksi halde dikişlerinizin açılma olasılığı mevcuttur.

- Şişliği azaltmak için operasyon yapılan bölgeye operasyon sonrası 12 - 18 saatlik süreçte dışarıdan buz uygulayınız. Buzu 10 dakika uygulayıp 10 dakika yüzünüzden çekiniz.
- Ertesi günden itibaren ılık tuzlu su veya doktorunuzun önereceği preparat ile gargara yapınız.
- Ilık ve yumuşak gıdalar yiyiniz. İlk birkaç gün çiğneme yapmamaya çalışınız.
- Dişlerinizi fırçalayınız ancak, fırçalarken özellikle operasyon bölgesine dikkat ediniz.
- İlk birkaç gün şişlik (özellikle operasyon sonrası ikinci gün daha fazla olacak şekilde),

hafif kanama ve renk değişimi normaldir. Bu bulgular zamanla azalarak kaybolur.

- Doktorunuz önerdiği ilaçları düzenli olarak kullanınız.
- Beklenmedik bir durumda (aşırı kanama, şişlik ve ateş artışı) doktorunuza başvurunuz.
- 1 hafta sonra dikişlerinizi aldırınız.

- İlgili bölgede günler ya da haftalar sürebilen his kaybı söz konusu olabilmektedir.
- Kontrol randevusu verildi ise randevu saatinde tekrar kliniğe geliniz.

**HEKİME ULAŞIM BİLGİLERİ**

Tedavilerinizle ilgili yardım veya bilgiye ulaşmak için aşağıdaki numarayı arayabilirsiniz.

Tel:

**ONAY**

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan diş hekimi tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna 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 kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum** (

Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın yakını/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

Hasta İmza Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın yakını / yasal temsilcisi İmza Tarih/ Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

Hastanın onay verememe nedeni (Dişhekimi dolduracak):

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

Dişhekimi İmza Tarih/ Saat

Adı Soyadı :

**Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;**

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

Tercüme Yapanın İmza Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :