Değerli hastamız, ... Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Bu onam; uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılması muhtemel yan etkiler (komplikasyonlar) hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmenizi sağlamak ve bu bilgiler ışığında muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi gösterir belge olarak size(hasta veya kanuni temsilcisi) imzalatılmaktadır.

HEKİM KAŞE-İMZA

ONAM TARİH ..... **/.... /20...**

Botoks nedir?

Hastanemizde botoks uygulamaları tedavi amaçlı yapılmaktadır. Diş gıcırdatma (bruksizm) şikayetlerinin azaltılması için botoks maddesi; çok ince uçlu özel iğneler ile birkaç noktadan çiğneme kası (masseter) içerisine enjekte edilerek uygulama yapılmaktadır.

Botoks uygulamasında kullanılan madde, Clostridiumbotulinum adlı bakteri tarafından salgılanan bir proteindir. Bu madde sinirlerden kaslara olan elektriksel iletiyi bloke ederek, uygulanan bölgedeki kasın fonksiyonunu geçici olarak azaltır veya yok eder.

Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydaları:İşlem diş hekimi tarafından; lokal ameliyathanede uygulanacaktır. Hasta yatar veya yarı oturur pozisyona getirilir. Enjeksiyonlar, 30 G'lık iğnelerle kas içine 30 - 45 derecelik açıyla uygulanır. Her noktaya ortalama doz doktor tarafından enjekte edilir. Bu dozu doktorunuz değiştirebilir. Hipertrofik olan kasa, geçici olarak paralizi etkisi sağlamak amacı ile uygulanmaktadır.

İşlemin tahmini süresi: İşlemin ortalama süresi **10-15** dakikadır.

Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel

etkileri: Botoks'un etkisi uygulamadan 2-3gün sonra başlar ve bu etki 3-4 ay devam eder. Uygulamaların sayısı arttıkça Botoks'un etkisi artabilir.

İşlemin riskleri, komplikasyonları - Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar: Enjeksiyon bölgesinde kızarıklık, morluk, şişlik(1-2 gün) nadiren sürebilir. Geçici Baş ağrısı,Alerjik reaksiyonlar (anafilaksi, ürtiker, nefes darlığı)

Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri: Botox uygulamasında kullanılan madde, Clostridiumbotulinum adlı bakteri tarafından salgılanan bir proteindir.

Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: İşlem için hastaneye tok olarak geliniz. İşlem sonrasında aşağıdaki hususlara dikkat ediniz:

- ft. Emzirmekten kaçınınız.
- ft. Uygulama sonrasında en az dört saat boyunca yatar konuma gelmeyiniz, öne-aşağıya eğilmeyiniz.
- ft. Uygulama alanına en az 1 hafta masaj uygulamayınız
- ft. Kas gevşetici ve antibiyotik kullanmanız gerektiğinde doktorunuza danışınız.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar: İlgili kas ve Pigmentlerde yeterli gevşeme sağlanması güçleşebilir, eklem çevresinde ve kaslarda kontraktur gelişebilir.

Varsa işlemin alternatifleri: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Kas gevşetici İlaçlar.

Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri : Beklenmeyen bir etki gelişirse lütfen uygulama yapandoktorunuza başvurunuz.

Benim/ kanuni temsilcisi olduğum hastanın; Tedavimi yapacak hekime genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel sağlık durumum hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi beyan ederim. Yukarıda verilmiş olan bilgiler ve planlanan tedavi ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği göz önüne alınarak; yapılacak her türlü diş tedavi işlemleri ile ilgili gerekli bilgilendirme tarafıma yapılmıştır.

YAPILACAK GİRİŞİMİ KABUL ETME

BULAŞICI HASTALIK DURUMLARINDAsağlık kurumumu, hekimimi bilgilendireceğimi ve en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağımı taahhüt ederim.

Yukarıda belirtilen hususları dikkate alarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu da bilerek tüm bu şartlar altında tedavimin yapılmasını kabul ediyorum.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

YAPILACAK GİRİŞİMİ REDDETME

Yapılacak olan girişimlerin gerekliliği, riskleri tarafıma anlatıldı, girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM ANLADIM YAZIN LÜTFEN.

Adı- Soyadı:
Tarih: İmza:

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA

OKUDUM ANLADIM YAZIN LÜTFEN.

Adı- Soyadı: **Tarih:**
İmza:

VERİLEN RIZAYI GERİ ÇEKME

Bu formda tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanması için verdiğim rızayı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi isteğimle geri çekiyorum.

Adı- Soyadı:
Tarih: ***İmza:***