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

Aşırı diş sıkmaya bağlı olarak diş yüzeylerinde ve çevreleyen kemiklerde aşınma veya kayıplar meydaya gelebilir. Alt çenenin kafatası ile yaptığı eklem olan "Temporomandibuler Eklem" ismi verilen çenelerin işlevlerinden sorumlu eklem yapısı farklı sebeplerden dolayı hasara uğrayabilir. Bu hasarlar sonucunda eklem yapısını oluşturan yapılarda çeşitli düzensizlikler meydana gelir. Özellikle çenenin hareketini sağlayan kasların aşırı fonksiyon bozukluklarında tedavi seçeneklerinden bir tanesi de Botulinum Toksin Uygulaması işlemidir.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

Bu form, botulinum toksinin (Botox ve Dysport) uygulaması ve bunların olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz. Botulinum toksininin ilgili çiğneme kaslarının (masseter, temporal) içine verilmesi ile uygulanan bir enjeksiyon yöntemidir. Bu enjeksiyon kasların fonksiyon seviyesini azaltır, böylelikle uygulanan kişi etki görülmeye başladıktan sonra enjeksiyon öncesindeki dönem kadar şiddetle çene eklemini dolayısıyla dişlerini sıkamaz. Enjeksiyonun kaslardaki etkisi 3-6 ay kadar sürer, yani etkinin devamı için düzenli bir şekilde tekrar edilmesi gerekebilir. Hedeflenen kaslara uygulandıktan sonra etkisi 3-5 gün içinde ilerleyici bir şekilde artar ve 1012 gün içinde tamamlanır. Bu süre boyunca uygulama yapılan bölgelerde asimetri fark edebilirsiniz, ancak ilaç etkisini gösterdikçe bu durum kendiliğinden düzelecektir. Tam olarak anlaşılamayan nedenlerden ötürü bazı kişiler botulinum toksininin etkilerine karşı daha az duyarlı ve dirençlidir. Bu kişilerde botulinum toksinin etkisi beklendiği kadar iyi veya uzun süreli olamayacağı gibi hiç bir etkisi de görülmeyebilir. Bundan dolayı uygulamanın sonuçlarıyla ilgili herhangi bir garanti verilemez.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Alternatif tedavi olarak dişlerin yüzeylerini kapatan kişisel koruyucu eklem plakları kullanılabilir.

İŞLEME AİT OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Baş ağrısı
- Yorgunluk
- Bulantı
- Morarma
- Göz kapağında düşme
- Kaşlarda düşme
- Çift görme
- Kızarıklık
- Ağrı
- Şişlik
- Kas seğirmesi

- Alerjik reaksiyonlar (anafilaksi, ürtiker, nefes darlığı)
- Üst solunum yolu enfeksiyonu
- Nezle

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Botulinum toksin enjeksiyonu cerrahi olmayan girişimsel bir müdahaledir. Birçok hastada işlemden hemen sonra hastalığın semptomlarında azalma meydana gelir veya tamamen ortadan kalkar. Ancak işlem çeşitli sebeplerden dolayı bazen başarı ile gerçekleştirilemez. Bazen de işlem başarı ile gerçekleştirilse dahi hastalığın semptomlarında herhangi bir düzelme olmaz. Bu tip durumlarda işlemin tekrar uygulanması veya diğer tedavi seçeneklerine yönelmek gerekebilir.

YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- Hekiminizin sözlü ve/veya yazılı olarak yaptığı önerileri dikkatlice dinleyiniz ve önerileri uygulayınız.
- 4 saat boyunca yatar pozisyonda bulunmayınız. Mümkünse dikey pozisyonda durunuz.
- Enjeksiyon yapılan bölgeyi ovalamayınız.
- Çok sıcak duş almayınız.
- 24 saat boyunca yüksek fiziksel aktiviteden kaçınınız.
- Hekiminiz ilaç reçete etti ise ilaçlarınızı düzenli olarak, saatinde kullanınız.
- Kontrol randevusu verildiyse 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) :