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-SAAT **..../..../20..„**

ANESTEZİ	**Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydalar:**İşlem diş hekimi tarafından klinikte diş koltuğunda uygulanacaktır. Anestezik maddenin enjeksiyonu işlemidir. İşlemin ağrısız ve konforlu yapılması amaçlanmaktadır. **İşlemin tahmini süresi:**3-5 dakikadır. **Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel etkileri:** Anestezi yapılmasının hasta tarafından istenmediği durumlarda işlem sırası ve sonrasında ağrı oluşacağı bilinmeli buna bağlı ani tepkiler verilip istenmeyen yaralanmalar oluşabileceği, hasta ve hekim konforunun kaybolacağı, bazı işlemlerin (örneğin çekim) anestezi sağlanmadan yapılamayacağı bilinmelidir. **İşlemin riskleri, komplikasyonları- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:**Uygulanacak lokal anestezik maddelere veya kullanılacak malzemelere karşı daha öncesinde sorun yaşanmamasına rağmen alerjik reaksiyon gelişebilir, lokal anestezi işlemine bağlı olarak dişetinde hassasiyet, geçici yüz felci, kızarma, morarma, şişlik, ağzın açılamaması, gözün kapanması gibi sorunlar olabilir, enjektör ve kullanılan bazı aletler işlem sırasında kırılabilir, bu parçalar istem dışı yutulabilir. Enjeksiyon bölgesinde birkaç gün süren ağrı, kanama, ödem, hematom, renk değişikliği; trismus (çene açmada güçlük) oluşabilir. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 1-4 saat hissizdir, bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme, içme önerilmez. Özellikle çocuklarda dil ve dudağın uyuşuk kısımlarını ısırmaya karşı korumaya özen gösterilmesi gerekir aksi durumda yaralanmalar meydana gelir. Korku, heyecan, açlık durumlarına bağlı senkop (bayılma) ve hipotansiyon (tansiyon düşmesi) gelişebilir, alkol ve madde kullanımında anestezi etkisi azalabilir veya oluşmayabilir. Çok nadir de olsa deri döküntüsü şeklinde alerjiler ve hatta ölüme bile neden olabilen alerji (anaflaktik şok) gelişebilir. Bunların hiçbiri olmayabilir. Hasta; mutlaka açlık, gebelik, var olan hastalık (kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı hastalık, kullanılan ilaçlar ve alerjisi olup olmadığı konusunda hekimini bilgilendirmelidir. **Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar:**İşlem öncesinde rutin kişinin kullandığı ilaçlarını kullanması ve tok olarak gelmesi gerekmektedir. İşlemin yapılamasına engel olabilecek hastalık ya da kan sulandırıcı ilaç vb. kullanılması durumunda hekime mutlaka haber verilmelidir. Sonrasında hekiminizin verdiği tavsiyelere uyunuz, beklenmeyen durumlarda hekiminize başvurunuz. İşlem sonrasında bilgilendirme formunda yazılanlara lütfen uyunuz. İşlem esnasında yapılan anestezi sonrasında eğer hekim belirttiyse belirtilen süre zarfında yiyecek- içecek tüketmeyiniz. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar: Anestezi yapılmasının hasta tarafından istenmediği durumlarda işlem

	sırası ve sonrasında ağrı oluşacağı bilinmeli buna bağlı ani tepkiler verilip istenmeyen yaralanmalar oluşabileceği, hasta ve hekim konforunun kaybolacağı, bazı işlemlerin (örneğin çekim) anestezi sağlanmadan yapılamayacağı bilinmelidir. **İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:** işlemin ağrı nedeni ile yapılamamasıdır. **Varsa işlemin alternatifleri:** Hekimin gerekli görmesi durumunda ile sedasyon veya genel anestezi altında işlem yapılabilir. **Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri;.** Hastanemizde 24 saat acil nöbeti mevcuttur. İhtiyaç duyulan durumlarda istenilen saatte başvurulabilir.

KİST OPERASYONU	**Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydalar:** Diş hekimi tarafından, diş kliniğinde, steril malzemeler ile cerrahi kurallara uygun şekilde lokal anestezi altında yapılır. Kemik içerisinde bulunan kistin temizlenerek büyümesi ya da form değiştirmesinin engenmesi amaçlanmaktadır. **İşlemin tahmini süresi**: 30 dk-90 dk arasında değişebilir. Süre şartlara göre değişkendir. **Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel etkileri:**Kist operasyonunun alternatif tedavi seçeneği yoktur. **İşlemin riskleri, komplikasyonları :**Ağrı, şişlik, enfeksiyonun yayılması, dişlerde ve çevre dokularda his kaybı, komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması, dişin veya kırık parçanın değişik anatomik lokalizasyonlara iletilmesi, diş eti ve mukoza yaralanmaları, alveoler kemiğin kırılması, çenenin çıkması/kırılması, solunum yoluna diş veya yabancı cisim kaçması, sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi, sinüsün perfore olması, çene ekleminin travmaya uğraması, çene açmada kısıtlılık (trismus), çenede ve ağız kenarlarında ezikler ve morluklar. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: İşlem öncesinde rutin kişinin kullandığı ilaçlarını kullanması ve tok olarak gelmesi gerekmektedir. İşlemin yapılamasına engel olabilecek hastalık ya da kan sulandırıcı ilaç vb. kullanılması durumunda hekime mutlaka haber verilmelidir. Eğer diş hekimi tarafından işlem yapılan bölgeye tampon (gazlı bez) uygulanmış ise, tampon ısırılmalı ve 30 dk sonra atılmalı. 2 saat bir şey yenmemeli ve içilmemelidir.2 saat tükürülmemelidir (kanamaya neden olacağı için). İlk 24 saat sigara kullanılmamalıdır. İlk 6 ayda sert gıdalar tüketmemelidir. Kistler çene kemiğini zayıflattığı için çene kırıklarına yol açabilir. Çene yüz bölgesine travma ihtimali olan durumlardan uzak durulmalıdır. **Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:**Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar, greft-membran materyali antibiyotikler, dikiş atılması ve alveogel gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Lokal anestezik ajanlar ile bilgi lokal anestezi bölümünde anlatılmıştır. **İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:**Ağrı, şişlik, daha fazla dişin kaybı veya çenelerde kemik kayıpları ortaya çıkacak risklerdir. Fayda sağlanması mümkün değildir. **Varsa işlemin alternatifleri**: İşlemin alternatifi yoktur. **Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri:** Hastanemizde 24 saat acil nöbeti mevcuttur. İhtiyaç duyulan durumlarda istenilen saatte başvurulabilir. ADSH, ADSM veya devlet hastaneleri diş polikliniklerine, mesai dışı saatlerde açık olan ADSM'lere başvurulabilir.

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 tedaviler 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: