|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ**  **AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI**  **UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BİYOPSİ ONAM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-258 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hastanın Adı-Soyadı:** | **Adres ve Telefon:**  **Tarih:** |
| **Dosya No:** |
| **Cinsiyeti:** |
| **Doğum tarihi:** |

**Ön Tanı: ………………………………………………………………….**

Ağız içinde oluşan ve takipleri sonucunda iki haftadan fazla sürede iyileşmediği tespit edilen lezyonların ve çene kemiği içinde oluşan patolojik olduğu düşünülen oluşumların tespit edilebilmesi amacıyla bu dokulardan parça alınır ve ilgili dokuya bağlı olarak tamamı alınması gerekebilir. Bu işlem bazen sadece teşhis amaçlı bazen hem teşhis hem tedavi amaçlı uygulanabilir. İşlem için lokal anestezi uygulanır ancak bazı durumlarda lokal anesteziye ek olarak genel anestezi veya sedasyon gerekebilir. Operasyon sonunda bölgeye dikiş atılması gerekebilir. Biyopsi işleminde anestezi ve yapılan cerrahi operasyona bağlı olarak bazı riskler söz konusu olabilir. Bu tedavilerden kaynaklanabilecek aşağıda yazılı olası risk ve sakıncalar (komplikasyonlar) hakkında bilgi sahibi oldum.

Biyopsi cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur. Her cerrahi işlemde olduğu gibi bazı riskler mevcuttur. Bu riskler aşağıdakiler ile sınırlı olmamak üzere şöyle sıralanabilirler:

1. Şişlik ve/veya kızarıklık, cerrahi alanda rahatsızlık,
2. Ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık veya çatlama,
3. Enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi,
4. Dişetlerinde, dudakta, dilde, dişlerde ve çene ucunda duyu kaybı ve duyu azalması görülebilir. Büyük lezyonlarda özellikle sınırları sinirlere yakın olan lezyonlarda görülme olasılığı daha fazladır. Hemen her zaman hissizlik normale döner fakat çok nadir olarak kalıcı olabilir.
5. Trismus-iltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıktır.
6. Kanama-şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat devam edebilir.

Tanı ve tedavilerin gerçekleştirilebilmesi için, gereken durumlarda radyografi çekilebileceği ve lokal anestezik madde ile kullanılabileceğini kabul ettim ve onayladım. Beklenmedik gelişmeler doğrultusunda tedavi ve bakım planı için ek tedavi ve değişiklikler olabileceğini anladım. Tıp ve diş hekimliği ve biliminin ve eğitimin gelişmesi amacıyla tedaviler esnasında izinli olarak ağız içi resim ve görüntülerim alınabilir. Yukarıdaki açıklamaları okudum ve anladım. Biyopsi alınmasına izin veriyorum.

**BU FORMU OKUDUM VE İÇERİĞİNDEKİ TÜM TERİMLERİ VE KELİMELERİ ANLADIM. Tarih:**

**Hastanın Adı-Soyadı; İmza:**

**Hastanın Velisi/Vasisi Adı-Soyadı: İmza:**

**Doktor Adı Soyadı: İmza:**