|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ**  **AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI**  **UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİ ONAM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-295 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 2 |

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

**Tanı: ………………………………………………………………….**

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır.

**Hastalığınız Hakkında Bilmeniz Gerekenler**

Bireyler arasında iyileşme potansiyelleri açısından fark olduğundan, işlemlerden önce dişetinizin ve kemiğinizin iyileşme potansiyeli öngörülememektedir. Size uygulanacak gömülü diş operasyonu bazı durumlarda başarısız olabileceğinden, tekrarlanması gerekebilmekte ve tedavinin sonucu garanti edilememektedir.

Sigara, alkol ve şeker tüketimimiz dişeti iyileşmenizi etkileyebilmekte ve yapılan işlemlerin başarısını kısıtlayabilmektedir. Sigara içerseniz tüm sorumluluk size aittir.

Bilginiz dahilindeki fiziksel ve ruhsal sağlığınız hakkında hekiminize detaylı bilgi vermelisiniz. Ayrıca ilaca, gıdaya, anestezik maddelere, polene ya da toza karşı önceden oluşmuş alerjik reaksiyonlar; sistematik hastalıklar; deri ve dişeti reaksiyonları; anormal kanama eğilimi ve genel sağlığınızla ilgili diğer durumlar hakkında da hekiminize bilgi vermelisiniz.

**Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?**

Önerilen tedavi ve girişimleri kabul etmemeniz durumunda dişeti iltihabı, kemik kaybı, enfeksiyon, dişlerde hassasiyet ya da sallantı, diş kayıpları ve bunlara bağlı çiğneme ve çene eklem fonksiyonlarında sorunlar çıkabilir.

**Girişime Bağlı Riskler**

Uygulanacak tedavilerin ortaya çıkarabileceği riskler ya da işlemler sırasında cerrahi işleme, anesteziye ya da önerilen ilaçlara bağlı ortaya çıkabilecek riskler;

* Dudak, dil, çene, yanak ve dişlerde hissizlik, ağrı, şişlik, enfeksiyonlar, renkleşme ve hassasiyet gibi komplikasyonlar oluşabilir.
* Tedavi sırasında ve sonrasında dişeti seviyesinde farklılıklar meydana gelebilir ve buna bağlı olarak görünümde değişiklikler olabilir.
* Bunlara ek olarak yapılacak işlemlerden sonra iyileşmede gecikme, dişlerde hasar, önerilen ilaçlara karşı alerji ve çene eklemi sorunları oluşabilir
* Operasyon sırasında veya sonrasında diş çekimi, kanal tedavisi, biyomateryal uygulaması gibi ek veya farklı uygulamalar gerekli olabilir.
* Üst çenede sinüslerle komşuluğu olan dişlerin çekimi sırasında diş, kemik parçaları sinüslerin içine kaçabilir veya sinüs boşluğu ile ağız boşluğu arasında ilişki olabilir. Gerekirse Kulak Burun Boğaz uzmanından konsültasyon istenebilir.

**Girişimden Sonra Dikkat Etmeniz Gerekenler**

Operasyon sonrası ağzınızın uygulanan tamponu 30 dakika boyunca ısırarak operasyon bölgesinin üstünde basınç oluşturacak şekilde tutmalısınız. Tamponu çıkardıktan sonra ilk 48 saat boyunca ağzınızda hissedeceğiniz kan tadı ve sızıntı şeklinde kanama normaldir. Unutmayın ki tükürük ile karışan bir damla kan bile normalden daha fazla kanama hissi verecektir. Kanamanın arttığını düşünürseniz temiz bir gazlı bezi operasyon bölgesinin üstüne koyup 30 dakika boyunca basınç uygulayabilirsiniz. Aşırı kanama olduğunu düşünürseniz mutlaka doktorunuzu aramalısınız.

* İlk 24 saat operasyon bölgesinin üstüne dışarıdan 10 ar dakika aralıklarla 10-15 dakika boyunca soğuk kompres uygulayınız. Aralık vermeden uzun süre soğuk kompresi uygulamak tam tersine zararlı olacaktır.
* Anestezinin etkisi geçmeden çiğneme hareketi gerektirecek besinleri yememelisiniz. Aksi takdirde yanağınızın iç kısmını ısırıp yeni yaralanmalara ve buna bağlı ağrıya sebep olabilirsiniz. Mümkünse yumuşak besinleri tercih etmelisiniz.
* Operasyon sonrası ilk 48 saat kesinlikle sıcak besinler, sigara, alkol kullanmayınız. Yemek yerken operasyon yapılan bölgeyi tercih etmeyiniz. Spor gibi efor gerektiren uygulamalardan sakınmalısınız. Aksi takdirde yara iyileşmesi gecikebilir ve komplikasyon riski artabilir.
* Operasyonu takip eden ilk 2 gün 2-3 yastık kullanarak uyuma pozisyonunda kafanızın yukarıda olmasını sağlarsanız kanamanın ve şişmenin en az seviyede olmasına yardımcı olmuş olursunuz.
* Operasyon bölgesine dikiş uygulanmışsa kürdan gibi yabancı maddelerle tahriş etmeyiniz. Dikişlerin alınması için verilen randevuyu ertelemeyiniz.
* Operasyon sonrası ağız hijyeninizi her zamanki gibi en üst seviyede tutmak için operasyon bölgesi hariç bütün dişlerinizi her öğün sonrası fırçalayınız ve günde en az bir kez diş ipi uygulayınız. İlk 24 saat herhangi bir gargara kullanmayınız. Operasyonun iki gün sonrasında diş fırçanızı 2-3 dakika boyunca ılık suda beklettikten sonra operasyon bölgesindeki dişlerinizi de fırçalamaya başlayınız.
* Operasyon yerinde oluşan ve iyileşme için çok önemli olan pıhtıyı bozmamak için emme, tükürme ve pipetle sıvı alma gibi hareketlerden sakınınız.
* Doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçlar varsa sağlığınız için aksatmadan kullanmalısınız. Herhangi bir yan etki görürseniz ilaç kullanımını bırakıp derhal doktorunuzu aramalısınız. Kesinlikle aspirin türevi ilaçlar kullanmayınız.
* Operasyon sonrası yüzünüzde morarma ve şişme olması özellikle ilk 3-4 gün için normaldir. Aşırı olduğunu veya ağrınızın arttığını düşünüyorsanız doktorunuza danışabilirsiniz.
* Operasyon sonrası komşu bölgelerde hissizlik, aşırı hassasiyet olabilir. Çekilen dişinize komşu olan dişe kanal tedavisi, dolgu gibi çeşitli tedaviler uygulanabilir.

Gerektiğinde Başvurabileceğiniz Telefon Numarası: **0282 250 6350**

**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:**