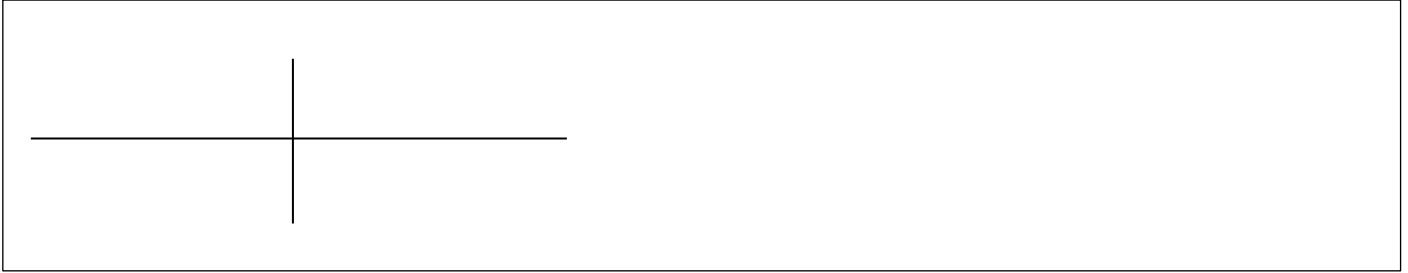


# DENTAL İMPLANT UYGULAMASI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Kliniğimizde Diş Hekiminiz tarafından muayene edildiniz. Yapılan muayene sonucuna göre uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Yapılacak uygulamalar esnasında ani hareketlerden kaçınılması, hekimin yönlendirmelerine uyulması gerekmektedir. Aksi takdirde dil, dudak, yanak içi, yumuşak dokular ve diğer dişlerde hasar meydana gelebilir, cerrahi işlem gerekebilir. Kullanılan malzeme ve materyallerin, solüsyonların yutulma ve hava yoluna kaçma riski olup, acil tıbbi yardıma ihtiyaç duyulabilir. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik hastalıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı hastalıklarını (hepatit, aids, tüberküloz vb.), varsa kullandığı ilaçları hekimiyile paylaşması zorunludur. Mevcut sistemik bir hastalık varlığında, hastalığınız ile ilgili tedavi gördüğünüz tıbbi birimden konsültasyon istenebilir.

## DENTAL İMPLANT UYGULAMASI PLANLANAN DİŞ VEYA BÖLGELER



## BİLGİLENDİRME

### **RADYOGRAFI (RÖNTGEN)**

Teşhis amaçlı, tedavi başlangıcında, tedavi sürecinde ve kontrol amaçlı, diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için röntgen çekilmesi gerekebilir. Röntgen gerekli olup da çekilmezse radyolojik olarak teşhis-kontrol işlemi yapılamaz. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. Gerekğinde aynı konuda dental radyoloji hizmeti veren bir kuruluştan da yardım alınabilir.

### **LOKAL ANESTEZİ**

Ağrı kontrolünü sağlamak ve teşhis amacı ile lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde önce topikal anestezi madde (sprey, jel vb.) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Sonra anestezi solüsyon (**lidokain, mepivikain vb. ile adrenalin vb. içerir**), enjekte edilir, etkisini sinirsel iletimi kesip, diş ve ilgili bölgede hissizliğe neden olarak gösterir. **Anestezi uygulanmazsa** ağrı kontrolü sağlanamayabilir. Hamilelik durumu, geçmiş ve mevcut rahatsızlıklarınızı, varsa devamlı kullandığınız ilaçları ve geçirdiğiniz operasyon bilgilerinizi hekiminizle paylaşmanız çok önemlidir. Bazı durumlarda farklı türde anestezi madde tercih edilmektedir. Küçük müdahalelerde veya dişin canlı olmaması durumunda anestezi uygulanmayabilir. **Olası komplikasyonlar;** uygulama sonrası his kaybı, geçici kas spazmları ve yüz felci, şişlik, ağzın açılmaması, gözün kapanması, yutkunamama hissi, korku ve heyecana bağlı olarak tansiyon düzensizlikleri, bayılma; enjeksiyon yerinde kanama, hematoma, renk değişikliği ve ağrıdır. Çok nadir olarak aşırı alerjik reaksiyon ve hatta acil tıbbi yardım gerektirebilen anafilaktik şok gelişebilir. Anestezi uygulanan bölge 1-5 saat boyunca hissizdir. Bazen uyuşukluk süresi artabilir. Uyuşukluk süresi içinde ısırma ya da dil, yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için yeme içme önerilmez.

### **İMPLANT UYGULAMASI**

İmplant; titanyum malzemeden yapılmıştır ve çene kemiklerine cerrahi olarak yerleştirilir. İmplant sonrası protez uygulaması yapılır.

İmplant için ilgili bölge lokal anestezi ile uyuşturulur, sonra yumuşak dokuda kesi işlemini takiben özel alet ve dönen uçlarla kemik içine yerleştirilir. Genellikle 2-6 ay iyileşmeye bırakılır. İyileşme döneminden sonra tekrar cerrahi bir işlem ile diş yapımı için kullanılacak parçaların uyumlandırılmasını takiben protez yapımına geçilmektedir.

Ayrıca uygun durumlarda tek seansta implant üstü *geçici protez (sabit veya hareketli)* de yapılabilir.

Cerrahi işlem yapılmasında tıbbi sakınca bulunmayan hastalara, implant tedavisi öncesinde muayene edilerek uygun olan tedavi planlaması yapılır. Gerekirse ileri görüntüleme tekniklerinden (Tomografi vb.) faydalanılabilir.

# DENTAL İMPLANT UYGULAMASI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İmplant cerrahisi öncesi kemik uygunluğunu tespit etmek için detaylı incelemeler yapılmasına rağmen implantın yerleştirilmesi sırasında yetersiz veya düzensiz kemik yapısıyla karşılaşılabilir. Böyle durumlarda kemik grefti ve bazı ilave cerrahi işlemler (kemik yükseltilmesi veya genişletilmesi, sinüs tabanı yükseltilmesi ) gerekebilir. Bu gibi durumlar tahmin edilen tedavi süresini uzatabilir ve ek maliyet oluşturabilir. Ya da önceden planlı şekilde bu uygulamalar uygulanabilmektedir. Bu amaçla kemik greftleri ve bağ doku membranları kullanılabilir. İlgili bölgenin uygun hale gelebilmesi için 2-6 ay bekleme süresi söz konusu olabilir.

İmplant cerrahisi uygulama süresi yaklaşık 15-20 dk. olup, komplikasyon gelişirse ve ek cerrahi işlemler gerekirse bu süre artabilmektedir.

## OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, ilgili bölgede veya yüz kısmında morarma şeklinde renk değişikliği, genellikle geçici ancak çok nadiren de kalıcı olabilen dudak, çene ucu ve dil hissizliği, sinüs veya burun boşluğunun açılması, kemik kırıkları
- Birkaç gün veya hafta sürecek ağız açmada kısıtlılık, mevcut çene eklemi rahatsızlığında artış
- İmplant cerrahisi esnasında ilgili bölgedeki komşu dişlerde hasar meydana gelebilir. Bu dişlere tedavi ve/veya protez uygulamaları, periodontal ve cerrahi işlemler yapma gerekliliği ortaya çıkabilir veya diş çekimi yapılmak zorunda kalınabilir. Bu sorunlar uzun vadede de meydana gelebilir.
- Dişeti seviyesinin yetersiz veya hareketli olduğu durumlarda ikinci bir cerrahi veya periodontal işlem gerekebilir.
- İmplantın çene kemiği ile istenilen şekilde birleşmemesi, implant materyali parçalarının kırılması söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda implantın çıkarılması gerekir ise ayrı bir cerrahi işlem uygulanır. Bu durum protez yapıldıktan sonra da gerçekleşebilir. Kemik iyileşmesini sağlamak için greft materyalleri kullanılabilir.
- Anatomik zorluk ve yapıdan dolayı implantlar, dişlerin bulunduğu doğal lokalizasyona yerleştirilemeyebilir. Bu nedenle protez aşamasında estetik problemler oluşabilir.
- İmplant uygulamasının garantisi yoktur, fonksiyon ve estetik açıdan tamamen başarılı olacağı konusunda herhangi bir güven verilemez.
- İmplantın komşu anatomik boşluklara kaçması söz konusu olabilir. Bunun için ek cerrahi işlemler gerekebilir ya da başka merkezlere sevk gerekebilir.

## SİNÜS TABANI YÜKSELTİLMESİ ( Sinüs Lifting )

Üst çenede arka dişlerin kökleri hizasında sinüs boşlukları mevcuttur. Sinüs tabanının aşağı doğru sarkmış olduğu durumlarda, ilgili bölgeye implant yerleştirilmesi için yeterli kemik yüksekliği kalmamaktadır. Bu nedenle cerrahi olarak sinüs tabanına ulaşılır ve bir miktar itilip oluşan boşluğa kemik grefti uygulaması yapılarak implant için uygun kemik yüksekliği elde edilir. Kemiğin uygun hale gelmesi için 2-6 ay beklenmesi gerekebilir, implant daha sonra buraya yerleştirilebilir.

**Sinüs tabanı yükseltilmesi yapılmazsa;** yeterli kemik seviyesi olmayacağından implant uygulanamayabilir.

Tahmini işlem süresi yaklaşık 30 dakikadır. Ek cerrahi işlemler gerektiği durumlarda bu süre uzayabilir.

## OLASI KOMPLİKASYONLAR

- İşlem bölgesinde enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, yüz kısmında morarma şeklinde renk değişikliği, kemik kırıkları meydana gelebilir.
- Nadiren de olsa oroantral fistül (sinüs ile ağız boşluğu arasında bir delik oluşması) ve sinüzit meydana gelebilir. Ek cerrahi işlemler gerekebilir.
- Operasyon sırasında sinüs tabanının mukozasının yırtılması söz konusu olabilir. Böyle bir durumda hekim kararına göre işlem ertelenebilir veya işleme devam edilebilir.

## GREFT UYGULAMASI

Greft, implant uygulamasında kemiğin yetersiz olduğu durumlarda ilgili bölgede kemiği desteklemek ve yeniden hacim kazandırmak amacıyla kullanılan bir materyaldir. İdeal greft hastanın kendisinden alınan greft (Hastanın uygun bir bölgesinden kendi kemiğinin alınıp ilgili bölgeye yerleştirilmesi) olsa da insan veya hayvan kaynaklı ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller de tercih edilebilir.

Greft materyali, cerrahi olarak lokal anestezi altında, ilgili bölgede kemik yapısına entegre olması için uygun şekilde konumlandırılır ve sabitlenir.

Kemik uygulaması yapılacak hacim fazla değilse kemik ilavesi yapılan seansta implant da yerleştirilebilir. Diğer durumlarda 2-6 ay bekleme süresi olabilmektedir.

İşlemin tahmini süresi yaklaşık 20-30 dakikadır. Ek cerrahi işlem gerektiği durumlarda bu süre uzayabilir.

# DENTAL İMPLANT UYGULAMASI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

## OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Verici sahada kanama, ağrı, hassasiyet, enfeksiyon alıcı sahada ise ağrı, şişlik, kanama, enfeksiyon, greftin başarısızlığı, greftte büzülme.
- Kemik grefti işlemi sonrası hafif kanama gözlemek normaldir. Sürekli kanama durumunda ise hekiminize bilgi veriniz.
- Kemik grefti işlemi sonrası diş eti sorunları gözlemek mümkündür. Diş etlerinde renk değişimi ya da diş eti çekilmesi gibi problemler yaşanabilir.

## ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Diş hekimim ağız-diş hastalığımın ne olduğunu, tedavinin neden gerektiğini, içerdiği riskleri, oluşabilecek problemleri, alternatif yöntemleri, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikleri, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçları, başarı olasılığını, iyileşme sürecinde yaşanabilecek olayları ve teşhis-tedavi esnasında gerekirse diğer hekimlerden konsültasyon isteyebileceğini, diğer hekimlerin de tedavi sürecine katılabileceğini tarafıma açıkladı.

Geçmişteki ve şu andaki genel sağlık durumum, devamlı kullandığım ilaçlar hakkında bilgi vermiş bulunmaktayım.

Tedavim sırasında öngörülemeyen durumların ortaya çıkabileceği ve önceden planlanmış tedavilerin genişletilmesi veya değiştirilmesi gerekebileceği ayrıca oluşabilecek ek giderlerin tarafımda karşılanması gerektiği konusunda bilgilendirildim.

Muhtemel başarı ile ilgili bilgilendirilmiş olmama rağmen uygulanacak işlemin sonuçlarının garanti edilebilirliğinin olmadığını anladım.

Bu tıbbi işlemle ilgili soru sormam ve karar vermem için yeterli süre verildi. Tedaviyi reddetme veya durdurma-sonlandırma hakkım olduğunu biliyorum. Bu bilgiler ışığında, hiçbir baskı altında olmadan, şahsıma (velisi-vasisi bulunduğum kişiye) yapılacak tedavileri kendi isteğimle onaylıyorum. Bu formun bir nüshasını elden teslim aldım.

Aşağıdaki noktalı yere el yazınızla ( ***okudum, anladım, kabul ediyorum*** ) yazınız.

.....

Tarih :

Hasta (\*Yasal Temsilcisi) Adı – Soyadı :

İmza :

*\*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. Derece kanuni mirasçılardır.*

**Diş Hekimi  
(Kaşe-İmza)**