

DİŞ ÇEKİMİ, GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİ 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.

PLANLANAN TEDAVİLER

--

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 anestetik madde (sprey, jel vb.) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Sonra anestetik 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 anestetik 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 ısırılmaya bağlı dil, yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için yeme içme önerilmez.

DİŞ ÇEKİMİ

Diş çekimi, dişin aşırı harabiyet durumlarında, enfeksiyon gelişmemesi veya var olan enfeksiyonun daha fazla yayılmasını önlemek amacıyla, süt dişlerinin çekilerek daimi dişin çıkması amacıyla uygulanabilen cerrahi bir işlemdir.

Ayrıca travma sonucu kırılan dişler, kanal tedavisine rağmen kurtarılamayan dişler, diş eti iltihabı nedeniyle sallanan dişler, zamanında düşmeyen süt dişleri, ortodontik tedaviye engel olan dişler, tam sürememiş dişler, kist ya da tümör içindeki veya bunlarla ilişkili dişlerde çekim işlemi uygulanabilmektedir.

Bu amaçla ilgili dişin çekim aletleri ile değişik yönlerde hareket kazandırılarak kemikten ayrılması sağlanır. Bazen diş ve/veya kemikte döner aletlerle veya el aletleri ile aşındırmalar ve kemik düzeltmeleri yapılması gerekebilir.

İşlemin tahmini süresi yaklaşık 5-15 dakika olup komplikasyon durumunda süre uzayabilmektedir.

GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİ

Yumuşak ya da kemik dokuda kısmen veya tamamen gömülü olan dişler iltihaplanıp zamanla ciddi sistemik rahatsızlıklara sebep olabileceği gibi komşu diş, yumuşak doku, kemik dokuda patolojilere sebep olabileceği için ve ortodontik amaçlı olarak çekim gerektirebilir. Bu işlem için yumuşak dokuya bir kesi yapılır, el aletleri gerekirse döner aletlerle kemik doku kaldırılarak diş tek parça veya parçalar halinde çıkarılır. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 30-60 dakika olup komplikasyon durumunda süre uzayabilmektedir.

DİŞ ÇEKİMİ, GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

- Olası diş ve çene enfeksiyonlarının önlenmesi
- Olası kist, tümör vb. oluşumların önlenmesi.
- Çevre dişlere zarar gelmesinin önlenmesi.
- Hastanın ağrısının giderilmesi.
- Çürük, kök rezorpsiyonu vb. durumların önlenmesi

İŞLEM UYGULANMAZSA

- İlgili dişte enfeksiyon, şişlik, ağrı, ağızda kötü tat-koku
- İlgili diş bölgesinde kist, tümör vb. oluşması
- Çene kemiğinde enfeksiyon
- Gömülü dişin komşu dişlere zarar vermesi

OLASI KOMPLİKASYONLAR

1. Çekim esnasında çekilen dişin yutulması, nefes borusuna kaçması olasılığı vardır.
2. Komşu dişler zarar görebilir. Komşu dişlerde ağrı, kırık oluşumu, mevcut dolgunun kırılması zarar görmesi, sabit kron kaplama dişin zarar görmesi-yerinden çıkması-kırılması-yeniden kron kaplama diş yapılma ihtiyacı oluşabilir.
3. Dişin veya diş kökünün tam olarak çıkarılmaması söz konusu olabilir.
4. Çevre anatomik dokulara daha çok zarar verilebileceği durumlarda bazen küçük kök parçaları bırakılabilir.
5. Sinüs boşluğunun açılması ve kök parçasının buraya kaçması meydana gelebilir. Bu işlem için ek cerrahi girişim yapılabilir veya bu amaçla başka bir kuruluşa sevk edilebilirsiniz.
6. Yine diş veya kök artığı diğer komşu anatomik boşluklara kaçabilir ve bu işlem için ek cerrahi işlemler gerekebileceği gibi başka bir kuruluşa da sevk edilebilirsiniz.
7. Dişte veya kemikte kırılmalar, uzun süre kanama ve ağrı olması, ağız açılımında güçlük veya kısıtlılık olabilir.
8. Sinire baskı olabilir, sinir doku etkilenebilir, geçici veya kalıcı his kaybı meydana gelebilir. Bu durumun radyografi yöntemleri ile önceden görülebilmesi ve tahmin edilebilmesi mümkün olmayabilir.
9. Çene eklemının zedelenmesi veya zarar görmesi, çene kırığı oluşumu, dil, yanak ve dudak ısırılması olabilir.
10. Kemiğin aşırı zarar gördüğü durumlarda kemik oluşumunu desteklemek ve kemik hacmini istenilen düzeye getirebilmek amacı ile greft uygulamaları söz konusu olabilir. Önceden kestirilemeyen durumlar söz konusu olup ek maliyet oluşabilir.
11. Çekim sonrası oluşacak komplikasyonlara bağlı olarak hekiminizin önerilerine uymanız, verilmiş ise kontrol randevularına zamanında gelmeniz önemlidir. Aksi takdirde çekim boşluğunda iyileşme geç olabileceği gibi iyileşme olmayıp ek cerrahi işlemler gerekebilir.
12. Çekimden sonra keskin köşeler ve kemik basamakları oluşabilir. Çekim yeri enfekte olup ek bir cerrahi müdahale (alveolit tedavisi, yumuşak doku veya alveol kemik düzeltilmesi vb.) gerekebilir. Böyle bir durumda iyileşme süresi uzamaktadır.

ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Diş hekimim ağız-diş hastalığımanın 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 :

Diş Hekimi
(Kaşe-İmza)

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