

## FLAP, GREFT UYGULAMALARI 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 hekimiyle 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.

#### FLAP OPERASYONU

Hastalıklı bölgelerde lokal anestezi altında diş etinin açılması, diş köklerinin üzerindeki diş taşları ve iltihaplı dokuların çıkartılması ve dikiş atılarak kapatılma işlemidir. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 30-40 dakika olup dikişler 1-2 hafta sonra alınır.

#### SERBEST DİŞ ETİ VE BAĞ DOKU GREFTİ

Ağız içinde lokal anestezi altında verici bir bölgeden alınan bağ dokusunun dişeti oluşturulması hedeflenen bölgeye aktarılarak dikişler yardımı ile sabitlenmesi işlemi içermektedir. Greft alınan ve yerleştirilen bölgelere operasyon bölgesini korumak için periodantal macun (pat) koyulabilir. Hekiminiz gerekli gördüğü takdirde işlem sırasında yapılan tedaviye ek olarak, cerrahi işlemin başarısını etkileyebilecek olan faktörlerin ortadan kaldırılması amacıyla bir takım ek cerrahi yöntemler uygulayabilir. Bunlar uygun olmayan dişeti-mukoza ilişkilerinin düzeltilmesi (gingivektomi, gingivoplasti), dişeti derinliğinin artırılması (vestibuloplasti) ve uygunsuz dişeti-kas bağlantılarının uzaklaştırılması (frenektomi) işlemleridir. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 60 dakika olup dikişler 1-2 hafta sonra alınır.

**Periodontal işlemlerde amaç;** diş eti iltihabının azalması veya geçmesi, diş eti hastalığının durdurulması, kanamanın azalması, sağlıklı diş ve dişetlerine kavuşma, diş kayıplarını önlemek, diş eti çekilmesini onarmak, estetik ve fonksiyonu yerine getirmektir.

**Tedavi yapılmazsa;** diş eti iltihabı hastalığı, kemik kaybı, diş eti çekilmesi, diş etinde kanama, ağız kokusu, tat bozukluğu, dişteki sıcak soğuk hassasiyetinde artma, dişte kök çürükleri oluşması, diş kayıpları meydana gelebilir.

## FLAP, GREFT UYGULAMALARI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

### OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Tedavi sırasında hafif şiddette ağrı hissedilebilmesi.
- Mevcut protezlerin çıkarılması ve yenileri ile değiştirilmesi gerekliliği.
- İlgili bölgelerde ağrı, soğuk-sıcak hassasiyeti, kanama, şişlik, enfeksiyon, dişeti ve mukozada renk değişimi (ekimoz).
- Kök yüzeyinde tam kapanmanın gerçekleşmemesi.
- Tedaviye yanıt alınamayan durumlar olabilmesi ve tekrarlayan seansların gerekebilmesi.
- İleri ek periodontal cerrahi tedavi gereksinimi.

Bu tedavilerde hekiminizin oral hijyen önerilerine uymanız ve eğer vermişse ilaçları düzenli kullanmanız çok önemlidir. Tedavi sonrası protez yapımı için 1-6 ay kadar beklenmesi gerekebilir. Kontrollere zamanında gelinmelidir.

### 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 :

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

Diş Hekimi  
(Kaşe-İmza)