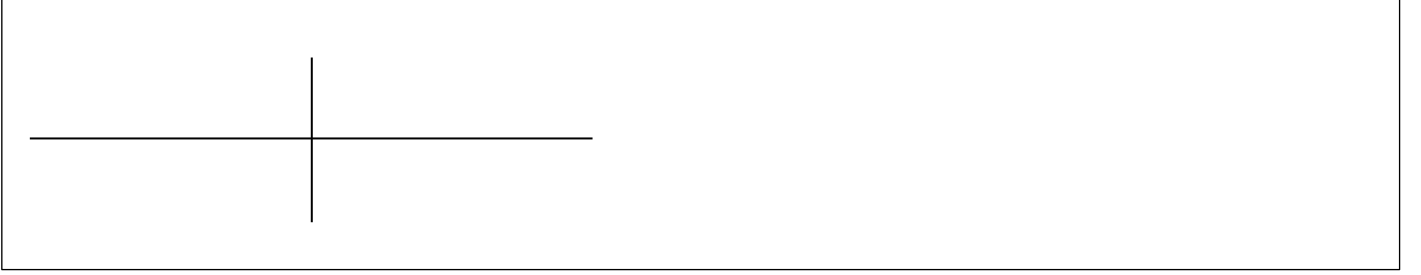


FRENEKTOMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

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 hekiminizle paylaşması zorunludur. Mevcut sistemik bir hastalık varlığında, hastalığınız ile ilgili tedavi gördüğünüz tıbbi birimden konsültasyon istenebilir.

PLANLANAN TEDAVİLER



BİLGİLENDİRME

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 ısırma ya da dil, yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için yeme içme önerilmez.

FRENEKTOMİ

Bu işlem lokal anestezi altında cerrahi olarak diş aralarının açılmasına ve dişeti çekilmesine neden olan dudak ile dişeti arasındaki bağlantıların farklı oranlarda uzaklaştırılmasıdır. Dikiş atılabilir. Operasyon bölgesine özel bir macun (periodontal pat) yerleştirilebilir. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 15-45 dakikadır.

Tedavi Yapılmazsa;

- Diş eti çekilmesinin devam etmesi, ileride diş kaybı
- Protez yapımı veya kullanımının zorlaşması veya yapılamaması
- Estetik problemler.

OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Tedavi sırasında hafif şiddette ağrı hissedilebilir.
- .Dişeti tedavisi mevcut protezlerin çıkarılmasını ve dişeti tedavisi sonrası bu protezlerin yenileri ile değiştirilmelerini gerektirebilir.
- İlgili bölgede kanama, ağrı, şişlik, renk değişikliği, enfeksiyon
- Cerrahi bölgede iyileşmenin gecikmesi, yapılacak olan protez için bekleme süresinin artması

FRENEKTOMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

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 noktaları 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)