

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

ĞİNGİVEKTOMİ, ĞİNGİVOPLASTİ

Ğingivektomi, dişeti dokusunun cerrahi olarak uzaklaştırılması, Ğingivoplasti ise diş çevresindeki sağlıklı dişeti dokularının şekillendirilmesidir. Dişeti hastalığının tedavisi, dişeti büyümelerinin ortadan kaldırılması, dişeti kenarlarının seviyelenmesi veya protetik açıdan diş boyunun uzatılması amacıyla yapılır. Bu operasyonda, lokal anestezi yapıldıktan sonra dişeti kesilip çıkarılır. Kanamayı önlemek ve operasyon bölgesini travmadan korumak amacıyla operasyon bölgesine periodontal pat yerleştirilebilir. Pat yaklaşık 1 hafta sonra alınır. Tedavi bölgesi gözden geçirilir ve gerekirse tekrar pat uygulaması yapılır. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 20 – 30 dakikadır.

Tedavi Uygulanmazsa; ilgili dişlerin olduğu bölgede dişeti problemi devam eder. Hastanın plak kontrolü zorlaşır. Ağrı, kanama, çignemede zorlanma, ağız kokusu, estetik problemler meydana gelebilir.

ĞİNGİVEKTOMİ, ĞİNGİVOPLASTİ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Mevcut protezlerin çıkarılması ve tedavi sonrası bu protezlerin yenileri ile değiştirilmelerini gerektirebilir.
- İlk 1-2 gün ağrı, kanama, hafif şişlik, abse ya da deride renk değişimi (ekimoz) oluşabilir.
- Tedaviye yanıt alınamayan durumlar olabilir ve tekrarlayan seanlar ve ileri periodontal cerrahi tedaviler gerekebilir.
- Sigara, dişeti hastalıklarının oluşması, şiddetlenmesi ve tedavinin başarısız olması için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle, işlem sonrası hekiminizin sigara kullanımı konusundaki önerilerine uymanız önemlidir.
- Kanama durdurucu ajanlar, antiinflamatuvar ajanlar, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.

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 işlemlerle 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)