

## İMLANT ÜSTÜ PROTEZ 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

#### RADYOGRAFİ (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. Gerektiğinde 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.

#### İMLANT ÜSTÜ PROTEZ

İmplant üstü protezler, geleneksel protezler için alternatif bir tedavi yöntemidir. Temel olarak, bir ya da daha fazla sayıda diş eksikliği bulunan çene kemiklerine yerleştirilen implantların üzerinde bulunan tutucu mekanizmalara uygun sabit (kron-köprü) ya da hareketli protezlerin bağlanmasını ifade eder.

İmplant cerrahisi sırasında bazı nedenlerle doğru konumlandırılmamış veya istenilen sayıda yerleştirilememiş implant varlığı durumunda tedavi planlaması tekrar yapılabilir, farklı bir plan oluşabilir, ek cerrahi işlemler (yeni implant uygulaması dahil) gerekebilir. Hatta hiç istenmeyen pozisyonda konumlanmış bir implant söz konusu ise üzerine protez yapılamayabilir. Yine tedavi planlamasına göre işlem yapılmak istense de, biyolojik dokularda çalışıldığı ve çeşitli aşamalarda öngörülemez etkenler nedeniyle tedavi planlamasının değişebileceği ve yeni planlama çerçevesinde ek maliyet oluşabileceği unutulmamalıdır.

İmplant üzerine yapılacak protezlerde, implant için protez parçaları kullanılır, bazı durumlarda dişeti veya mukozada düzenleme (cerrahi girişim) yapılması gerekebilir. Geleneksel sabit ve hareketli protezlerde olduğu gibi implant üstü protezlerin de zaman içinde yenilenmesi gerekebilir. İmplantlar zarar görmediği ve ağız planlaması değişmediği sürece sadece protezin yenilenmesi yeterli olacaktır.

İmplant üstü protezde parçaların yerine oturtulması esnasında lokal anesteziye de gerek duyulabilir. İşlemin tahmini süresi planlamaya bağlı olarak değişebilmekle birlikte yaklaşık 10-20 gündür.

## İMLANT ÜSTÜ PROTEZ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

### İşlemden Beklenen Faydalar:

- Klasik sabit protez yapımında gerekli olan dişsiz bölgeye komşu dişlerin kesilmesi/küçültülmesi işlemine gerek kalmaz.
- Komşu dişler korunmuş olur ve daha fonksiyonel ve estetik sabit protezler yapılabilir.
- Hareketli protezlerde ise tutuculuğun artırılmasına yardımcı olarak kullanılabilir.
- Fonksiyon, estetik artışıyla birlikte hasta konforu sağlanır.

### OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Ölçü ve prova aşamalarında, implant parçalarının ağza düşmesi ve yutulması veya soluk borusuna kaçması gibi istenmeyen durumlar
- İmplant ve üstü parçalarında kırılmalar, implant etrafındaki dişetinde enfeksiyon, implantın boyun bölgesinde kemik kaybı, implant etrafında kemik kaybı, implantın kemikle bağlantısının kısmen ya da tamamen kaybolması ve buna bağlı implantın cerrahi olarak çıkarılma zorunluluğu.
- Vidalı protezlerde kapatici malzemenin çıkması, gevşemesi, kaybı.
- İmplant vidasının gevşemesi, vidanın sıkışması.
- Geleneksel protezlerde olduğu gibi protetik malzemeye karşı alerji, besin artıklarının protez altına girmesi, vuruqların olması, renk ve şekil uyum bozuklukları, kırıklar, çatlaklar, atmalar (porselen, metal vb.), çiğneme ve konuşma ile ilgili bozukluklar, zamanla protezde aşınmalar ve renklenmeler.
- İdeal estetik görünüme ulaşamama, yanak ve dudağa yeterli destek sağlayamama. İmplant boyun bölgesinin görünmesi, dişetinden metal rengin belli olması, renk ve şekil olarak kısıtlı bir görünümde olması.

### ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Diş hekimim ağız-diş hastalığımin 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 tarafıma 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)