



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KİST/TÜMÖR OPERASYONU AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu HHD.RB.05	Yayın Tarihi 25.12.2024	Revizyon Tarihi	Revizyon No 00	Sayfa Sayısı 1 / 4
---	--	------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

KİST / TÜMÖR OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın.....

Ağız diş sağlığı sorununuzun giderilebilmesi için size önerilen tıbbi işlem ve bu işlemle ilgili sözlü anlatılan ve Yetişkin Hasta Bilgilendirme Broşürü/ Çocuk Hasta Bilgilendirme Broşüründe tarafınızdan okunarak bilgi edinilen hususların bir kısmı aşağıda yazılı olarak sunulmuştur.

Size verilen bilgileri okuyunuz. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.

Kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır.

Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

KİST/TÜMÖR OPERASYONU İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Daha önce biyopsi alınarak veya alınmadan, röntgenler ve klinik muayene sonucu kist/tümör teşhisi konulmuş dokuların uzaklaştırılması işlemidir. Lezyonun bulunduğu bölgeden çıkartılmaması, ilerleyen zamanlarda çene kırıklarından başlayıp hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşan sonuçlar doğurabilir.

Boyutuna göre lokal anestezi, sedasyon veya genel anestezi ile yapılabilir. Genel anestezi tercih edilen durumlarda ameliyat öncesinde genel anesteziye hazırlık amacıyla çeşitli kan testleri, akciğer filmi gibi filmler, EKG (Elektrokardiyografi) gibi birtakım değerlendirmelerden geçirileceksiniz. Anesteziyi uygulayacak olan doktor tarafından gerek görülürse sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon isteyebilir, ameliyat öncesinde veya sonrasında diğer tıp branşlarına gönderilebilirsiniz. Genel anestezinin riskleri vardır; komplikasyon, yaralanma ve hatta ölüm olasılığı olabilir. Ameliyatlar sırasında cerrahi açıdan her şey yolunda olsa bile anesteziye bağlı bazı istenmeyen sonuçlarla karşılaşabilirsiniz. Bu konuda anestezi doktorunuz tarafından detaylı olarak bilgilendirileceksiniz.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek muhtemel kanamalara karşı, gerek duyulursa ameliyata girmeden kendi kan grubunuza uyan kaç ünite kan gereksinimi olduğunun doktorunuz tarafından belirlenecek şekilde temini gereklidir. Temin edilen kanların ameliyatta kullanılmasına gerek kalmadığı durumlarda, bu kanlar tarafınıza iade edilecektir.

Bu operasyon sırasında ve sonrasında kanama, şişlik, lezyonun bulunduğu bölgeye göre hissizlik gibi şikayetler oluşabilir.



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KİST/TÜMÖR OPERASYONU AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu HHD.RB.05	Yayın Tarihi 25.12.2024	Revizyon Tarihi	Revizyon No 00	Sayfa Sayısı 2 / 4
---	--	------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Gereken durumlarda Kist/tümör dokusunun temizlenmesi için tek ameliyat yetmeyebilir ve başka ameliyatlara da gerekebilir.

Ameliyat sırasında aşırı bir kanama, dokularda esnetmeler yapılırken oluşabilecek gerilmeler, yırtılmalar, sinir kopmaları, dudaklarda, burunda veya damakta zedelenmeler veya yanıklar oluşabilir.

Ameliyat sonrasında, ameliyatın alt veya üst çenede oluşuna bağlı olarak (bazen her ikisi de aynı anda ameliyat edilebilir.) dikiş bölgelerinde kanama, yumuşak dokularda veya kemikte enfeksiyon, yüzde aşırı şişlik, damakta perforasyon (delinme), sinüzit, burun iltihabı, burunda tıkanma, burundan nefes almada güçlük gibi sonuçlar oluşabilir; dikişlerde açılmalar, dokularda beslenememe (nekroz) problemleri oluşabilir; görünüş bozuklukları, asimetriklikler olabilir; bu komplikasyonların diğer tedavilere cevap vermemesi durumunda tekrarlayan ameliyatlara gerekebilir. Ağız içinden çalışılmayan durumlarda ciltte de dikişler ve bunlara bağlı izler olabilir. Ameliyat sırasında sinirlerde zedelenmeler oluşabilir; bunlara bağlı olarak alt dudakta, dilde, damakta his kayıpları veya tamamen hissizlikler ortaya çıkabilir. İlaç veya lazer tedavisine cevap vermeyen hissizlik durumlarında yeniden ameliyat olmanız gerekebilir.

Tek ameliyatın yeterli olmadığı, hasta şikayetlerinin tekrar ettiği durumlarda aynı bölgeden başka operasyonlara gerek duyulabilir ve bu durum doktorun tasarrufundadır.

Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Kaygı ve korkusu davranış yönlendirme teknikleri ile giderilemeyen hastalarımızda tedaviler hem lokal hem de genel anestezi altında gerçekleştirilebilir. Hem lokal hem de genel anestezinin riskleri vardır. Cerrahi anestezi veya sedasyonun (hastayı tam uyutmadan sakinleştirmek) tüm formlarında komplikasyon, yaralanma ve hatta ölüm olasılığı olabilir.

Nadir vakalarda bantlara, dikiş materyaline veya topikal (dışardan uygulanan) ilaçlara karşı lokal alerjiler bildirilmiştir. Daha ciddi olan sistemik alerjiler, cerrahi sırasında kullanılan ilaçlardan ve reçete edilen ilaçlardan meydana gelir. Alerjik reaksiyonlar ek tedavi gerektirir.

Dış tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

Aşağıdaki imza ile yapılacak olan tedavinin ve diğer tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını anladığımı, yukarıda çene cerrahisi işlemi ile ilgili tüm bilgileri dikkatlice okuduğumu, aklıma takılan maddeler ile ilgili sorularımı hekimime sorduğumu ve bunlar hakkında detaylı ve beni tatmin edici cevaplar aldığımı tüm maddeleri anlayarak kabul ettiğimi onaylıyorum.

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi..... Dış Hekimi.....tarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım.
.....tarafından uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim.

Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlarının değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavinin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim.



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KİST/TÜMÖR OPERASYONU AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu
HHD.RB.05

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
3 / 4

Tedavim/ vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığı, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlaması sırasında bana/vasisi olduğum kişiye anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim.

Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.

Tedaviyi kabul ettikten sonra bana/ vasisi olduğum kişiye ait radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin veriyorum. Kişisel verilerimin kamu kurum ve kuruluşları da dahil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına izin (El yazınız ile “veriyorum” ya da “vermiyorum” yazınız.)

..... (El yazınız ile “okudum anladım, kabul ediyorum.” yazınız.)

	Ad-Soyad	Tarih/Saat	İmza
Hasta/ Hasta yakını*			
Doktor			

*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil yada imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.

TC Kimlik No:.....

Adres:.....

Telefon:

TEDAVİ PLANINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

..... tarihinde yapılan tedavi planında aşağıda belirtilmiş olan değişiklikler yapılmıştır:



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KİST/TÜMÖR OPERASYONU AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu
HHD.RB.05

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
4 / 4

DİŞ	TEŞHİS	PLANLANAN TEDAVİ

Diş hekimim tedavi değişikliğinin neden gerektiğini, içerdiği riskleri, oluşabilecek problemleri, alternatif yöntemleri, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olayları açıkladı.

Yukarıda belirtilmiş olan tedavi planındaki değişikliği kabul..... (El yazısı ile “ediyorum” ya da “etmiyorum” yazınız.)

ADI-SOYADI	İMZA	TARİH/SAAT	
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi (*)			
-Yakınlık derecesi			
Bilgilendirmeyi yapan Hekim			
Tercüman (kullanılması halinde)			

*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne/baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.)