



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu HHD.RB.02	Yayın Tarihi 25.12.2024	Revizyon Tarihi	Revizyon No 00	Sayfa Sayısı 1 / 3
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------------

DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Tedaviniz için size uygulanacak yöntem hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Uygulanacak tedavinin yararlarını ve olası komplikasyonlarını öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sağlığınıza ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir.

1-)Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri(Lokal Anestezi):

İnsan vücudunda his iletimi yapan sinirlerin, belirli bir bölgesinin, anestezi maddelerle (lidokain, mepivikain vb.) geçici süre iletim yapılmasının engellenmesi olarak kısaca tarif edilebilir.

Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi, kullanılan anestezi maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) trismus (ağzın açılmaması), enjektör iğnesinin kırılması, anestezinin tutmaması, senkop (renk solukluğu, soğuk terleme, nabızın yavaşlaması) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Bu durumlar geçici olup endişe edilmesine gerek yoktur. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın herhangi bir maddeye karşı alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim reçete (ilaç) yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir.

2)Diş Çekimi Nedir?

Diş çekimi dişin bütün halde çene kemiğinden ve diş etinden ayrılarak ağız içerisinden uzaklaştırılmasıdır. Cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur.

3)Diş Çekimi Nasıl ve Kim Tarafından Yapılır?

Çekilmesi planlanan diş ve çevre dokular muayene edilir. Diş çekimi; diş hekimi / diş hekimliği öğrencisi tarafından, diş kliniğinde yapılır. Hekim diş çekiminin zorluk derecesine göre hastayı Çene Cerrahine yönlendirebilir. Çekim yapılacak ise önce anestezi yapılarak diş uyuşturulur. Daha sonra hekim elavator ve davye kullanarak dişi yerinden çıkartır.

4)Diş Çekiminden Beklenen Faydalar:

Mevcut ağrı ve şikayetlerin giderilmesi ve oluşabilecek enfeksiyonun önlenmesidir.

5)Diş Çekim Tedavisi Yapılmaz İse:

Mevcut ağrı şikayetler artarak devam edebilir. Yaygın enfeksiyon gelişebilir. Fonksiyon kaybı ve ağız kokusu oluşabilir.

6)Diş Çekim Tedavisinin Alternatifi:

Tedavinin alternatifi yoktur.

7)Diş Çekim Tedavisinin Tahmini Süresi:

Diş çekimi süresi hastaya ve dişin durumuna göre değişmektedir. Tahmini çekim 10-60 dakika sürebilir.



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu HHD.RB.02	Yayın Tarihi 25.12.2024	Revizyon Tarihi	Revizyon No 00	Sayfa Sayısı 2 / 3
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------------

8) Tedavinin Olası Riskleri ve Komplikasyonları:

Diş çekimi sonrasında şişlik ve /veya kızarıklık, cerrahi alanda rahatsızlık meydana gelebilir. Ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama oluşabilir.

Diş çekimi sonrasında enfeksiyon gelişebilir ve yaranın iyileşmesi gecikebilir.

Özellikle geniş dolgu ve kaplamaların varlığında komşu dişler zarar görebilir.

Diş etlerinde, dudakta, dilde, dişlerde ve çene ucunda duyu kaybı veya duyu azalması görülebilir. Genellikle hissizlik normale döner, fakat çok nadir olarak kalıcı olabilir.

Trismus; iltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada geçici kısıtlılık olabilir.

Kanama; şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat devam eder.

Çekimden sonra keskin köşeler ve kemik basamakları çekim boşluklarında oluşabilir. Bunlar yeni bir cerrahi müdahale ile düzeltilirler.

Kök parçalarının tam çıkarılamaması. Sinüsler veya sinirler gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir.

Sinüs ilişkisi; üst çene arka dişlerin kökleri sinüslere çok yakındır ve bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir. Ayrı bir tedavi gerekebilir.

Çene kırıkları; çok nadir olmakla birlikte zor ve derin gömülü diş çekimleri sırasında oluşabilir.

Gerektiğinde aynı konuda hasta hekimine başvurabilir.

9) Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

Diş Çekimi Sonrasında Dikkat edilmesi Gerekenler:

Lokal anestezinin geçmesi sonrasında iğnenin girdiği yumuşak doku bölgesinde geçici bir ağrı oluşabilir.

Diş çekiminden sonra hasta 2 saat hiçbir şey yememeli, 24 saat mümkünse o tarafı çiğnemede aktif olarak kullanmamalıdır.

Çekimi takiben ağızdaki tampon en az 15 dk en fazla 30 dk sıkı şekilde ısırılmalıdır.

Çekimi takiben 24 saat boyunca çok sıcak ve çok soğuk gıdalar tüketilmemelidir.

Hastanın oral hijyen düzeyi kötü (ağız ve diş bakım alışkanlıkları yetersiz) ise eksiklikleri giderici önlemler alınmalıdır.

Hastaya tedavinin başarısının uygun ağız bakım alışkanlıklarına bağlı olduğu ifade edilmelidir. Çekim sonrası hasta ağızındaki birikintiyi emerek tükürmemeli mümkün oldukça yutmaya çalışmalı, ağızını suyla çalkalamamalıdır. Aksi takdirde çekim boşluğundaki kan sağlıklı pıhtılaşamaz ve iyileşme de sorunlu ve gecikmeli olur.

Çekim sonrası 24 saat sigara içilmemelidir.

Çekim bölgesinde 2 gün içinde oluşan ağrı, iyileşmede bozukluk olduğunun habercisidir. Mutlaka diş hekimine başvurulmalıdır.

Diş Çürüğünden Korunma:

Doğru tekniklerle ağız ve diş bakımı gerekir. Bunu için dişlerin, diş fırçası-floridli diş macunu ve diş ipi ile düzenli bakımı şarttır. Herhangi bir şikâyet olmasa dahi, 6 aylık rutin diş hekimisi kontrolleri alışkanlık haline getirilmelidir.

10) Hastaya ait özel durumlar:

3 saati aşan ortognatik cerrahi veya diğer cerrahi işlemlerde mesaneye sonda takılması gereklidir. Bu yapılmadığı takdirde idrar yolunda enfeksiyon, kanlı idrar yapma ve idrar yolunda daralma gibi ciddi problemlerle karşılaşılır.



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU

Doküman Kodu HHD.RB.02	Yayın Tarihi 25.12.2024	Revizyon Tarihi	Revizyon No 00	Sayfa Sayısı 3 / 3
---	--	------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

HASTANIN veya VELİSİNİN TEDAVİ İÇİN ONAMI

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumumla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız). Benimle ilgili olan tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında olabilecek tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum. Bana/ çocuğuma/ yakınima uygulanacak ilaçlar, yapılacak tedavi ve uygulamaların, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğinde; asistan, Uzm. Dr. , Dr.Öğr.Üyesi ,Doç . Dr. ve Prof. Dr. ünvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda stajyer diş hekimlerinin yukarıda belirtilen hekimlerin nezareti altında belirtilen tedavileri yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı ,işlemi kabul ettiğinizi ‘OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

.....

.....

.....

.....

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	İmza	Tarih
Hasta/Hasta yakını*			
Doktor			
Tanıklık eden			

**Hasta18 yaşından küçük, bilinci kapalı,yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil yada imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.