



**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**PROTEZ ÖNCESİ CERRAHİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU**

**Doküman Kodu**  
**HHD.RB.06**

**Yayın Tarihi**  
**25.12.2024**

**Revizyon Tarihi**

**Revizyon No**  
**00**

**Sayfa Sayısı**  
**1 / 3**

**PREPROTETİK (PROTEZ ÖNCESİ) CERRAHİ AYDILATILMIŞ ONAM FORMU**

**GENEL BİLGİLENDİRME**

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.

**PREPROTETİK CERRAHİ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Protez yapımı gerekli olan hastalarda yumuşak dokular ve kemikte düzensizlikler varsa sağlıklı bir protez yapımına engel teşkil edebilir. Preprotetik cerrahi uygulamaları ile protez öncesi bu dokular ideal boyutlarına ve sağlıklarına kavuşturulur. Tedavi yapılmaması durumunda size uygun ve sağlıklı bir protez işlemi yapılamayacaktır.

Lokal anestezi ile yumuşak dokulardaki fazlalıkların kesilip çıkartılması , greftleme (sentetik veya sizden elde edilen kemik ile) , kemik düzeltme , sinir repozisyonu ve implant uygulamaları bu işlemler arasında yer alır.

“Greftleme” kelime anlamıyla eksik dokuyu telafi etmek/tamamlamaktır. Yaşa bağlı oluşan kemik erimesi ya da başka sebeplerle çenelerde kemik kaybı olması durumunda ,bu bölgelere protez yapılabilmesi ya da implant uygulanabilmesi için ya da implant uygulaması esnasında bölgeye greftleme işlemi yapılması gerekebilir. Kemik dokulara yapılan bu greftleme işlemi için alternatifler mevcuttur. Hastanın uygun bir bölgesinden kendi kemiği alınıp bölgeye yerleştirilebilir. İdeal greft, hastanın kendisinden alınan greft (otojen greft) olsa da insan (allogreft) veya hayvan kaynaklı (xenogreft) kemik ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller (alloplastik materyaller) de tercih edilebilir. Greftin çeşidi, uygulanacak bölgeye ve endikasyonuna göre doktor tasarrufunda seçilir.

Kemik greftleme işleminde greftin kaynağı ne olursa olsun bir takım komplikasyonlar mevcuttur. Bunlar; greftin rezorbsiyonu (erime), enfeksiyon, ağrı, şişlik, nekroz (doku ölümü). Otojen greft, ameliyat sonrası erken veya geç dönemde doku reddine uğrayabilir ve yerleştirildiği bölgeden kendiliğinden çıkabilir. İyileşme sırasında greft bölgesinin üstü açılabilir. Hastanın kendisinden alınan kemik grefti sonrası doku alınan bölgede rutin cerrahi komplikasyonlar (kanama , enfeksiyon, şişlik vb.) gelişebilir.



**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**DIŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**PROTEZ ÖNCESİ CERRAHİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU**

**Doküman Kodu**  
**HHD.RB.06**

**Yayın Tarihi**  
**25.12.2024**

**Revizyon Tarihi**

**Revizyon No**  
**00**

**Sayfa Sayısı**  
**2 / 3**

Yumuşak dokulara uygulanan cerrahi işlem sonrası dokulardaki kayıpları telafi etmek, gerginliği azaltmak veya dokuları proteze uygun hale getirmek için hastanın uygun bir bölgesinden ilgili yumuşak dokuyla uyumlu parça alınıp dikişle ve sıkı tamponla sabitlenir. Verici sahada kanama, ağrı, hassasiyet, enfeksiyon ; alıcı sahada ise ağrı, şişlik, kanama, enfeksiyon, greftin tutmaması, greftte büzülme, kılınma (deri greftlerinde) oluşabilecek komplikasyonlar dahilindedir.

Otojen greftleme ameliyatında bir bölge alıcı ve bir bölge de verici saha olmak üzere 2 operasyon sahası mevcuttur. Her iki bölgede de ameliyat sonrası rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Verici bölgeler : çene ucu, iliak krest, mandibula ramus veya tibia olabilmektedir. Ameliyat esnasında bu bölgeler ve greftin ağız içine aktarılacağı bölge eşzamanlı olarak açılarak greftleme işlemi tamamlanır. Otojen greftleme esnasında vida/plak uygulaması gereklidir. Alınan kemik alıcı bölgeye vida ve plaklarla sabitlenir. Graft alınan bölgede ve yerleştirildiği bölgede diğer cerrahi işlemlerde olduğu gibi ameliyat sonrasında bölgede 2-3 gün ya da daha fazla süren şişlik, morluk, kanama, konforsuzluk ve ağız açmada kısıtlılık olabilir. Bu durumlar 1 hafta ya da 10 gün içinde geçecektir.

Protez öncesi dönemde hazırlık amaçlı sinirin yerinin değiştirilmesi ( sinir repozisyonu) işlemi sonrası alt çenede , dudaklarda, dilde ya da yanak ve diş etinde geçici ya da %5-10 ihtimalle kalıcı hissizlik oluşabilir. İlaç veya lazer tedavisine cevap vermeyen hissizlik durumlarında yeniden ameliyat olmanız gerekebilir. Ameliyat sırasında aşırı bir kanama, dokularda esnetme yapılırken oluşabilecek gerilmeler, yırtılmalar, sinir kopmaları; dudaklarda, burunda veya damakta zedelenmeler veya yanıklar oluşabilir. Ameliyat sırasında çene kemiğinde kırık oluşabilir ve bu durumda ilave plak ya da vidaların kullanılması gerekebilir.

Ameliyat sonrası dönemde beslenme konusundaki önerilere uyulması ve tavsiye edilen ilaçların kullanılması, ağız temizliği ve pansumanlar çok önemlidir. Beslenme, ilaç kullanımı, pansumanlar ve iyileşme dönemine yönelik tüm önerilere uymanız gerekmektedir.

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.

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 ilaçlarla meydana gelir. Alerjik reaksiyonlar ek tedavi gerektirir.

Diş 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..... Diş Hekimi..... tarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. .... tarafından uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim.



**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**PROTEZ ÖNCESİ CERRAHİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU**

**Doküman Kodu**  
**HHD.RB.06**

**Yayın Tarihi**  
**25.12.2024**

**Revizyon Tarihi**

**Revizyon No**  
**00**

**Sayfa Sayısı**  
**3 / 3**

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

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

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: .....