



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

Doküman Kodu
HHD.RB.01

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
1 / 3

ARTROSENTEZ HASTA AYDINLATMA VE 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.

Tüm tedavilerin başarı olasılıkları yüksek olmasına rağmen başarısının garanti edilemeyeceği, ilerleyen dönemlerde tedavinin ve hastalığın tekrarlayabileceği bilinmelidir. Tedavi sırasında ve sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Bunların kullanım süreleri, kullanım şekilleri hekimin belirttiği şekilde uygulanmalıdır. İlaçların yan etkilerinin görülmesi durumunda da hasta, hekimine başvurulmalıdır.

Tedaviniz sırasında ağrı hissedilmesini engellemek için lokal (belli bölgenin uyuşturulması) veya rejyonel (sinirin blok halinde uyuşturulması) anestezi gerekebilir. İşlem yaklaşık 5-25 dakika sürmektedir. Anestezinin etkisi 1-4 saat sürebilir. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) gibi komplikasyonlar olabilir. Uyuşukluk nedeniyle dudak , yanak ve dil ısırmasına bağlı travmatik yaralanmalar olabilir. Bazen alt dudakta ve dilde anesteziye bağlı olarak geçici veya kalıcı uyuşukluk oluşabilir. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın herhangi bir maddeye alerjisinin olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) , tedaviye başlamadan önce ve reçete (ilaç) yazacağı zaman hekime söylemesi gerekmektedir. Tedaviye başlamadan önce hasta, daha önceki anestezielerde komplikasyon (alerji, nefes alamama vb.) yaşadıysa hekime belirtmelidir. Lokal anestezi yapıldıktan sonra 2 saat yeme ve içme yapılmamalıdır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize belirtiniz.

Bu form iki nüsha düzenlenir, bir nüshası hastaya verilir. Onayınızdan sonra da olsa işlem başlamamış ise onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.

Çene eklemesindeki bazı patolojiler çenelerde/dişlerde/kulakta ağrı, ağız açmada kısıtlılık , eklemde ses olarak kendini gösterir. Etkenleri arasında travma, stres kaynaklı diş sıkması, hatalı diş tedavileri vb. bulunur. İçsel çene eklemi düzensizliklerinin klinik ve radyografi olarak tespit edildiği akut, ağrılı ve/veya ağız açıklığında kısıtlılık bulunan hastaların semptomlarının giderilmesinde artrosentez (eklem içi yıkama) yapılması, sıklıkla tercih edilen bir tedavi şeklidir. Artrosentez işleminde eklem boşluğu serum fizyolojik ile basınçlı bir şekilde yıkanmakta, takibinde ise eklem boşluğuna kayganlaştırıcı madde (sodyum hyalüminat) enjeksiyonu yapılmaktadır. İşlem sonrasında hekiminiz size destekleyici medikal tedavi (ağrı kesici, kas gevşetici vb.) ve koruyucu plak (oklüzal splint) önerebilir.



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

Doküman Kodu
HHD.RB.01

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
2 / 3

İşlem sonrasında; çene eklemi akut, ağrılı durumda olan hastaların ve/veya ağız açıklığında kısıtlılık bulunan hastaların semptomlarının düzelmiş olması beklenmektedir. Çene eklem tedavileri ile her zaman kesin başarı elde edilemeyebilir, yapılan tedavilerle hastanın yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılır. Bu tedaviler uzun bir süreç gerektirir ve sağlıklı bir hasta-hekim işbirliğine ihtiyaç duyar. Hekiminiz gereken zamanda gereken tedavi alternatiflerini size sunacaktır.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar:

- Operasyon sırasında eklem içi ve ekstradural kanama nedeniyle hematoma meydana gelebilir.
- İrrigasyon sıvısı özellikle işlem uzun sürdüğünde çevre dokulara yayılabilir. Üst hava yolu ödemi oluşabilir.
- Alet kırılması durumunda bölgenin açılarak kırık parçanın uzaklaştırılması gerekebilir.
- Kulak zarı delinebilir ve işitme kaybı meydana gelebilir.
- Preaurikular bölgede enfekte şişlik oluşabilir.
- Eklem kapsülünün medial duvarı perforate olabilir.
- Üst eklem boşluğunun alkolle irrigasyonu sonucu aynı tarafta yanma meydana gelebilir.
- Dudak ve dilde hissizlik ile fasiyal sinir paralizi oluşabilir.
- İşlem sırasında ciddi bradikardi gelişebilir.
- Operasyon bölgesindeki sinirlerde hasar meydana gelebilir.

İşlem, her bir eklem için yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir.

Çene eklem sorunlarının tedavi edilmemesi, problemlerin zaman içinde büyümesine; şiddetli ağrı, çenede kilitlenme gibi sorunlara yol açabilir.

İşlemi takip eden ilk hafta hastanın yumuşak gıdalarla beslenilmesi , mevcut gece ağrısının düzenli olarak kullanılması gerekmektedir.

Kullanılacak ilaç olan hyalüronik asit, vücut dokusunda olan, yaşamsal faaliyetlerin yapılmasına destek olan bir asittir. Eklem ağrısı, romatoid artrit , osteoartrit gibi hastalıkların tedavisi için kullanılır. Eklem yüzlerini kayganlaştırır, tampon görevi görür ve bu bölgedeki enflamasyonun iyileşmesini sağlar.

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.)



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

Doküman Kodu
HHD.RB.01

Yayın Tarihi
25.12.2024

Revizyon Tarihi

Revizyon No
00

Sayfa Sayısı
3 / 3

.....
(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.

T.C. Kimlik No:.....

Adres:.....

.....

Telefon: