



Tarih:/...../.....

AĞIZ, DİŞ, ÇENE HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ DİŞ ÇEKİMİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

BİLGİLENDİRME

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Diş çekimi; ister zor ister rutin bir çekim olsun cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur. Her cerrahi işlemde olduğu gibi bazı riskler mevcuttur. Bu riskler aşağıdakilerle sınırlı olmamak üzere şöyle sıralanabilir:

1. Şişlik ve/veya kızarıklık, cerrahi alanda rahatsızlık,
2. Ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama,
3. Enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi,
4. Kuru soket; genellikle yetersiz bakım sebebiyle cerrahiden birkaç gün sonra başlayan çene ağrısı; özellikle yirmi yaş dişleri olmak üzere alt çene çekimlerinde daha sık rastlanır.
5. Özellikle geniş dolgu ve kuronların varlığında komşu dişin zarar görmesi,
6. Dişetlerinde, dudakta, dilde, dişlerde ve çene ucunda duyu kaybı veya duyu azalması. Özellikle *yirmi* yaş dişi gibi kökleri sinirlere yakın olan dişlerde görülebilir. Hemen her zaman hissizlik normale döner, fakat çok nadir olarak kalıcı olabilir.
7. Trismus; iltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıktır.
8. Kanama-şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat devam eder.
9. Çekimden sonra keskin köşeler ve kemik basamakları çekim boşluklarında oluşabilir. Bunlar yeni bir cerrahi müdahaleyle düzeltilirler.
10. Kök parçalarının tam çıkarılmaması. Sinüsler veya sinirler gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir.
11. 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; bu durumlarla özel ilgilenilmesi gerekir.
12. Çene kırıkları; çok nadir olmakla birlikte zor ve derin gömülü diş çekimlerinde oluşması mümkündür.

Cerrahi işlemlerin çoğu rutindir ve önemli komplikasyonlar beklenmemektedir. Oluşan komplikasyonlar da küçük ve kolayca tedavi edilebilen durumlardır.

Çekim yapılacak diş:

Yukarıda yazılanları dikkatlice okudum ve anladım, cerrahi işleme onay veriyorum.

Hasta veya Hastanın Yasal Temsilcisi* - Yakınlık Derecesi

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik No'su :

Adresi :

Telefon :

İmza :

Hekimin

Adı-Soyadı :

Tarih :

İmza :

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