Ek 2. Dental İmplant Rıza Formu

DENTAL İMPLANT RIZA FORMU	Doküman No	
	Yürürlüğe Gir. Tar.	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
	Sayfa No	

BİLGİLENDİRİLME FORMU:

Dental implant, destekli protetik iyileştirmeler eksik diş bölgelerine yapay üniteler yerleştirilerek yapılacak proteze destek sağlanması ve dişsizlik sorununun bu şekilde giderilmesi işlemidir. İlk aşamada dental implant, çene kemiğinize cerrahi işlemle yerleştirilecek ve iyileşmeye bırakılacaktır. İkinci aşama ise yerleştirilen dental implantların destek alındığı protetik yapılandırma yani protez yapımıdır.

Dental implant tedavisi uygulanacak olan hastaların diyabet, hipertansiyon gibi genel sağlık yönünden çeşitli hastalıklarının olduğu durumlarda, cerrahi işlem öncesinde bir takım tetkik, tahlil ve konunun uzmanı hekimlerden görüş istenebilir.

Cerrahi işlem yapılmasında herhangi tıbbî sakınca bulunmayan hastalar, dental implant tedavisi öncesinde ..... tarafından muayene edilerek uygun olan tedavi planlaması yapılacaktır. Bu planlama esnasında gerekli görüldüğü durumlarda ileri görüntüleme tekniklerinden (KIBT, MRI, USG) faydalanılabilinir. Ayrıca bu planlama sonrasında hekiminiz, dental implant yerleştirilmesi öncesinde, mevcut dişlerinizle ilgili başka tedavilerin (kanal tedavisi, dolgu, diş taşı temizliği) yapılmasını isteyebilir.

Yapılan cerrahi planlamaya bağlı olarak dişsiz bölgelere yerleştirilmek üzere gerekli olan dental implant sayısı hekimlerinizce belirlenecektir, ancak ilk planlamada belirlenen dental implant sayısı, cerrahi işlem esnasında kemiğin durumunu değerlendiren hekimimiz tarafından, gerekli görüldüğü durumlarda artırılabilir ya da azaltılabilir.

Dental implantı çevreleyecek kemik hacminin ve kalitesinin yetersiz olduğu görülen vakalarda cerrahi işlem esnasında ileri cerrahi teknikler (sinüs tabanı yükseltilmesi, kemik genişletilmesi ve yükseltilmesi) hekimimiz tarafından uygulanabilir. Bu amaçla vücudunuzdan alınacak otojen (kemik ve yumuşak doku) ya da hazır (insan, hayvan ve sentetik kaynaklı kemik tozu ve membran) greftlere operasyon esnasında veya daha sonrasında ihtiyaç duyabilir. Bu konu ile ilgili hekiminiz size cerrahi öncesinde ve esnasında bilgi verecektir.

Devamı →

Cerrahi Riskleri ve Komplikasyonları:

1) Cerrahi işlem öncesinde yapılacak olan anesteziye bağlı alerjik ve toksik reaksiyonlar gelişebilir.

2) Ameliyat sorasında rahatsızlık ve şişlik, evde istirahatinizi gerektirebilir ve bu durum birkaç gün sürebilir.

3) Daha uzun veya aşırı kanama ilave tedavileri gerektirir.

4) Ciltte renklenme ender olarak cerrahiden 1-2 gün sonra ortaya çıkar ve genelde 2-3 haftayı geçmez.

5) Komşu dişler ve komşu dişlerin kökü hasar görebilir.

6) Ameliyat sonrası enfeksiyon ilave tedavileri gerektirebilir ve implant kayıpları olabilir.

7) Ağız köşelerinin esnemesi sonucu çatlaklar ve morarmalar olabilir. İyileşmeleri yavaş olur.

8) Ağız açıklığı birkaç gün kısıtlı olabilir. Bazen şişliğe ve kas ağrısına bazen de eklemdeki strese bağlı olabilir.

9) Çenedeki veya yumuşak dokudaki sinir dallarında olabilecek hasarlar, karıncalanmaya ve uyuşukluğa, ayrıca çene ucunda, dudaklarda, yanakta, dişetlerinde ve dilde veya ameliyat olduğu taraftaki dişlerde ağrıya neden olabilir. Dilde tat alma duyusunda kayıplar olabilir. Bu semptomlar genellikle birkaç hafta veya ay boyunca hatta bazen tamamen kalabilir.

10) Sinüste meydana gelen açıklık (üst dişlerin kökünün üzerinden kemiğin içerisine doğru açılan içi boş bir kanal) ilave tedaviler gerektirir. Eğer sinüse girilirse ilave iyileşme zamanı ve bazı ilaçlara gereksinim olabilir ve birkaç hafta boyunca sinüzit semptomları görülebilir.

11) İmplant ve ilave kemiğin kaybı veya reddedilmesi gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilinir.

12) İmplant veya protetik başarısızlık ender olarak implant, implantın parçaları veya üzerindeki protetik kısım çiğneme stresleri altında kırılıp başarısız olabilir.

İmplant tedavisi sonrasında ortaya çıkacak başarısızlık durumunda uygulama, hekimin ve sizin kararınız ile uygunluğa göre tekrarlanabilir.

Dental implantların yerleştirilmesinden sonra çene kemiğine kaynamaları için üst çeneye yerleştirilenlerde 4 ay, alt çeneye yerleştirilenlerde ise 3 ay beklenecektir. Bu süre esnasında hiçbir şikayetiniz olmasa dahi, ayda 1 kez dental implantlarınızı kontrol ettirmek için hekiminize başvurunuz. Kemiğe kaynamanın beklendiği dönemde, dental implantların etrafındaki dokularda ağrı, şişlik, kötü tat ya da kokuya sebep olan akıntı olduğunu hissederseniz, aylık kontrol gününüzü beklemeden derhal, hekiminize ulaşınız. Meydana gelen enfeksiyon vb. istenmeyen durumların erken dönemdeki tedavilerinin daha kolay olduğunu unutmayınız.

İmplant üstü protezlerinizin takıldığı gün ve takip eden 3. ayda hekiminize kontrole gelmelisiniz.

..... yapılan her türlü işlem sonrasında hekim önerilerine kesinlikle uyulmalı, dikiş alınması ve kontrol randevularına düzenli gelinmelidir. Tedavi prosedürü esnasında iletişim halinde olduğunuz hekimlerin ve ilgili kişilerin isimlerini gerektiğinde kolaylıkla ulaşabileceğiniz bir yere kaydediniz.

HASTANIN TEDAVİ İÇİN ONAYI:

Bilgilendirilme bölümündeki açıklamaları okudum ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumumla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. Hiçbir şeyi gizlemeden açıkça anlattım, benden istenen gerekli tetkikleri tam olarak yaptırdım. Benimle ilgili olan tedavi ya da tedavilerin uygulamasını, tedavi sırasında ya da sonrasında olabilecek tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu, olası bir durumda bir uzman tarafından tedavi edilmem ya da başka bir hastaneden tedavi görmem gerekirse sevk edilmeyi kabul ediyorum.

Devamı →

Uygulanacak tedavi/tedavilerin ..... tarafından anestezi yapılması, dental implant yerleştirilmesi, kemik grefti uygulanması, pansuman, kontrol gibi uygulamaların yapılmasına, yapılan cerrahi işlemin eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

Formu Dolduran:_____

KONUYLA İLGİLİ YAZININ TAMAMINI OKUDUM ANLADIM. **İMZA:**

Tarih ...../...../20.... Saat...../.....

Hastanın TC Kimlik Numarası		İMZA
Hastanın Telefon Numarası		
Hastanın Adı-Soyadı		
Hastanın Yasal Temsilcisi (*) – Yakınlık Derecesi		
Sorumlu Hekimin Adı-Soyadı		

** 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)*

Yerleştirilen dental implant ve/veya kemik greftinin markası: Membran markası .....

Diş Hekimi:

Diş Hekimi:

Diş Hekimi: