



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
FRENEKTOMİ OPERASYONU İÇİN
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE
ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.05
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	1 / 3

TEDAVİ İÇERİĞİ

Frenektomi işlemi dudak ile dişeti arasındaki bağlantıların farklı oranlarda uzaklaştırılmasıdır. Cerrahi işlem öncelikle operasyon bölgesine lokal anestezi yapılmasıyla başlar. Sonra bağlantı bistüri yardımıyla uzaklaştırılır ve operasyon alanının dudak tarafında kalan kısmına dikiş atılır. Dişeti üzerinde kalan kısmı ise açık bırakılır. İşlem süresi ortalama 60 dakikadır. Operasyon bölgesine doktorunuzun kararına göre pat yerleştirilebilir. Pat ve dikişler 1 hafta sonra alınır.

Frenektomi ve frenetomi Uygulamalarına Alternatif Tedaviler

Diştaşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir. Ancak bu kas bağlantılarının neden olduğu çekme kuvveti nedeniyle mukogingival problemler devam edebileceğinden dişeti çekilmeniz artabilir ve hatta sonuçta diş kayıpları meydana gelebilir.

Lokal Anestezi İle İlgili Olabilecek Sorunlar

- 1.Lokal anesteziye karşı önceden geçirilmiş bir alerji geçmişiniz varsa, kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon ve diğer genel sağlıkla ilgili bir rahatsızlığınız varsa mutlaka hekiminizi uyarınız. Yanlış beyan nedeni ile olabilecek sorunlardan hekiminiz sorumlu değildir.
- 2.Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, geçici ya da kalıcı sinir harabiyeti ve beklenmeyen alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar; kaşıntı, döküntü, bulantı, kusma, solunum zorluğu, kalp atışında artış (taşikardi) veya azalma (bradikardi) çok düşük bir ihtimalle ölüm şeklinde olabilir.

Tedaviniz ile İlgili Bilgilendirmeler ve Sonrasında Olabilecek Sorunlar

- 1.Tedavi öncesi, sırası ve sonrasında eğitim, araştırma veya arşiv amaçlı kullanılmak üzere ağız içi fotoğraf alınabilir. Bu fotoğraflar kullanılırken kimlik bilgileriniz saklı tutulacaktır.
- 2.Tedavi sırasında lokal anestezi uygulaması (sprey, jel veya enjeksiyon ile uyuşturma) gerekebilir.
- 3.Tedavi sırasında hafif şiddette ağrı hissedilebilir.
- 4.Tedavi mevcut protezlerin çıkarılmasını ve dişeti tedavisi sonrası bu protezlerin yenileri ile değiştirilmelerini gerektirebilir.
- 5.İlk 1-2 günde ağrı, kanama, hafif şişlik, abse ya da deride renk değişimi (ekimoz) oluşabilir (Bunları engellemek için hekimin tavsiyelerine maksimum derecede uyulmalıdır).
- 6.İşlem sonrası; çenede, dişlerde, dilde, çene ucunda geçici veya duruma göre kalıcı hissizlik, eklem yaralanmaları ya da ilişkili kasların kasılmaları, geçici ya da duruma göre kalıcı diş sallanmasında artış, sıcak, soğuk ve asitli yiyeceklere karşı hassasiyet, iyileşmeye bağlı dişeti büzülmesi sonucu bazı dişlerin uzaması ve dişler arasında boşlukların oluşması, ağız köşelerinin zedelenmesi, birkaç gün ya da hafta ağız açıklığının kısıtlanması, konuşmanın kötü yönde etkilenmesi, alerjik etkiler ve yabancı cisimlerin kazayla yutulmasını içerebilir.
7. Dişlerin üzerine bastırınca hafif ağrı hissedilebilir.
- 8.Canlı bir doku olan dişetinin yapılan tedaviye verdiği yanıt (iyileşme) hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bu yüzden tedaviye yanıt alınamayan durumlar olabilir ve tekrarlayan seanslar gerekebilir.
- 9.Bazı dişeti tedavilerinden sonra dokuların tamiri 3-4 hafta sürebilmektedir. Bu nedenle dişeti tedavisi sonrasında protez yapımı için en az 1 ay kadar beklenmesi gerekebilir.

Operasyon sonrası dikkat edilmesi gerekenler

- 1.İki saat boyunca (anestezi etkisi geçene kadar) bir şey yiyip içmeyiniz.
- 2.Operasyonu takip eden saatlerde ağızınızı çalkalamayınız, emip, tükürmeyiniz. Biriken tükürüğünüzü yutunuz.
- 3.Yanak ve dudaklarınızı çekerek operasyon yapılan bölgeyi görmeye çalışmayınız.



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
FRENEKTOMİ OPERASYONU İÇİN
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE
ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.05
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	2 / 3

- 4.Çok sıcak, çok soğuk ve sert yiyecek ve içeceklerden uzak durunuz. Süt, kola, ayran gibi asitli gıdalar tüketmeyiniz.
- 5.Mümkün olduğu kadar operasyon bölgesi tarafı ile çiğnemeyiniz.
6. Mümkünse 1 hafta boyunca sigara kullanmayınız.
7. Sıcakta dolaşmayınız, ısı kaynaklarından uzak durunuz, mümkünse operasyon günü sıcak banyo yapmayınız.
- 8.Operasyon bölgesine 24–48 saat süre ile soğuk uygulaması yapınız (Soğuk uygulaması 5'er dakika ara ile 2 dakika boyunca, operasyon yapılan bölge tarafındaki yanak üzerinden tatbik edilmelidir).
- 9.Doktorunuzun önerdiği ilaçları tarif ettiği gibi uygun saatlerde alınız.
- 10.Doktorunuzun haberi olmadan, size reçete edilmeyen ilaçları lütfen kullanmayınız.
- 11.İyileşmenin düzgün olabilmesi için temizlik çok önemlidir, operasyon bölgesi dışındaki **dişlerinizi fırçalamayı ihmal etmeyin.**
12. Operasyon bölgesindeki dişlerinizi dikişler alınana kadar fırçalamayınız.
- 13.İlk iki gün diş macunu kullanmadan dişlerinizi fırçalayınız.
- 14.Doktorunuzun önerdiği zamanda (10-14 gün olabilir) dikişlerinizi aldırma için geliniz.
- 15.Beklenmeyen bir durum ile karşılaşırsanız lütfen doktorunuz ile temasa geçiniz.



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
FRENEKTOMİ OPERASYONU İÇİN
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE
ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.05
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	3 / 3

Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Periodontoloji Anabilim Dalı hasta/hasta yakını bilgilendirme formundaki açıklamaları okudum, anladım ve doğabilecek tüm olası sorunlar hakkında bilgi edindim. Tedavimle ve tedavimin sonrası ile ilgili sorularımın cevaplarını aldım. Kendim veya yakını olduğum hastam/çocuğum ile ilgili sorulan sorulara doğru bilgi verdim ve eksik bilgi bırakmadım. Tedavi sırasında ve sonrasında oluşabilecek tüm olası sorunlarda başka bir hastaneye sevkimi kabul ediyorum.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Flep operasyonu | <input type="radio"/> Frenektomi | <input type="radio"/> Hemiseksiyon |
| <input type="radio"/> Gingivektomi | <input type="radio"/> Tünel operasyonu | <input type="radio"/> İmplant ekstripsasyonu |
| <input type="radio"/> Gingivoplasti | <input type="radio"/> Membran uygulaması | <input type="radio"/> Bağ dokusu grefti |
| <input type="radio"/> Serbest dişeti grefti | <input type="radio"/> Apikale kaydırılan flep | <input type="radio"/> Kuronale kaydırılan flep |
| <input type="radio"/> Kemik içi implant uygulaması | <input type="radio"/> İmplant çevresi biyomateryal uygulaması | <input type="radio"/> Dişeti pigmentasyon tedavisi |
| <input type="radio"/> Sert doku greftleme | <input type="radio"/> Sinüs tabanı yükseltilmesi | <input type="radio"/> Diğer |
| <input type="radio"/> Biyomateryal uygulaması | <input type="radio"/> Peri-implantitis tedavisi | |

Bana/çocuğuma/yakınıma uygulanacak ve yukarıdaki listede işaretlenerek belirtilmiş olan **Cerrahi Periodontal Tedavi**'nin (E.Ü. Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Periodontoloji Anabilim Dalı Kliniği'nde uzmanlık öğrencisi, doktora öğrencisi, Dr. araştırma görevlisi, Uzm. Dr., Dr. Öğretim Üyesi, Doç. Dr., Prof. Dr. unvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda diş hekimliği stajyer öğrencilerinin "Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Periodontoloji Anabilim Dalı Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Formu"nda belirtilen tedavileri hekimlerin nezareti altında yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf, radyografi ve video görüntülerinin alınmasına, diş ve doku parçalarının bilimsel amaçla kullanılmasına izin veriyorum. Bununla birlikte, yapılacak bazı tedavilerin 1 seansta tamamlanamayıp, birden fazla seans sürebileceğini de kabul ediyorum.

Aşağıdaki boşluğa el yazınız ile **'Okudum, anladım, kabul ediyorum.'** yazınız.

Tarih:.....

Hasta Adı-Soyadı:.....

Hastanın Yasal Temsilcisi(* - Yakınlık Derecesi) Adı-Soyadı:.....

T.C. Kimlik No'su :

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.