

	EGE ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI SİNÜS YÜKSELTME OPERASYONLARI İÇİN HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HHD.RB.13
		Yayın Tarihi	24.10.2022
		Revizyon Tarihi	18.12.2024
		Revizyon Numarası	02
		Sayfa No	1 / 3

TEDAVİ İÇERİĞİ

Maksiler sinüs üst çene azı dişleriyle yakın komşuluktadır. Bu dişlerin kaybıyla sinüs sarkar, ağız boşluğuna yaklaşır. Dişsiz boşluğa implant gereksinimi olduğunda sinüs cerrahi olarak açılıp mukozası bir miktar itilir, elde edilen boşluğa kemik grefti doldurulup sinüs tekrar eski konumuna getirilmiş olunur. Bölgede gereken cerrahi işlem yapıldıktan sonra, yara bakımı tavsiyeleri verilir ve gerekli ilaçlar reçete edilir. İşlem süresi sinüs yükseltme uygulanacak bölgenin genişliğine bağlı olarak 90-120 dk arasında değişmektedir.

Sinüs Yükseltme Operasyonuna Alternatif Tedaviler

Diş çekimi sonrasında ya da başka sebeplerle sinüs boşluğu ağız boşluğu ile ilişkili hale geçebilir. Yenilen yemekler ve içilen sıvılar burun bölgesinden geri gelebilir. Sinüs lifting gerçekleştirilmezse dişsiz boşluk başka protetik yöntemlerle restore edilebilir.

Lokal Anestezi İle İlgili Oluşabilecek 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 Oluşabilecek 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 uyusturma) gerekebilir.
- 3.Tedavi sırasında hafif şiddette ağrı hissedilebilir.
- 4.Tedavi mevcut protezlerin çıkarılmasını ve dişeti tedavisi sonrası bu protezlerin yenileri ile değiştirilmelerini gerektirebilir.
- 5.İşlemden sonra ameliyat sonrası kanın doku arasına birikmesi nedeniyle kan birikmesi (morarma), damarsal sıvıların doku arasına birikmesi nedeniyle ödem (şişme), eklem yaralanmaları ya da ilişkili kasların kasılmaları, ağız köşelerinin zedelenmesi, birkaç gün ya da hafta ağız açıklığının kısıtlanması, konuşmanın kötü yönde etkilenmesi, alerjik etkiler meydana gelebilir.
- 6.Kanın damar dışında doku arasında birikmesi ve ödeme (şişlik) bağlı olarak enfeksiyon gelişebilir.
- 7.Operasyon sırasında sinüs zarı yırtılabilir, tamir edilip işlem devam edebilir veya ileri bir yırtık meydana geldiği durumlarda herhangi bir işlem yapılmadan operasyon sonlandırılabilir.
- 8.Operasyon sonrası birkaç saati aşan kanama probleminiz söz konusu olabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaların durdurulması için lokal anestezi altında tamponlama veya başka bir işlem gerekebilir.
- 9.Operasyonu takip eden günlerde sinüs içinde veya çevresinde enfeksiyon gelişebilir ve bu duruma bağlı olarak akut veya kronik sinüzit tabloları gelişebilir.
- 10.Operasyonu takiben bölgesel olarak yüzde, yanakta, çene altında çene altı bölgelerde dokuda renklenme ve hematoma (doku arasında kan birikimi) bağlı sararma ve morarmalar oluşabilir. Bunlar genellikle birkaç gün içinde kendiliğinden geçer.

	EGE ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI SİNÜS YÜKSELTME OPERASYONLARI İÇİN HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HHD.RB.13
		Yayın Tarihi	24.10.2022
		Revizyon Tarihi	18.12.2024
		Revizyon Numarası	02
		Sayfa No	2 / 3

11.Operasyon sonrası özellikle tükürmeye, ağız bakımına dikkat etmemeye, operasyon bölgesinde yemek artıklarının birikmesine ve sigara içmeye bağlı olarak implant çevresinde enfeksiyon meydana gelebilir. Hatta bu durum ilerleyerek çene kemiği iltihabına neden olup implantın kaybedilmesine neden olabilir.

12.Anatomik olarak kemiğin aşırı açılmasına bağlı planlı veya plansız olarak çevre anatomik oluşumlara iştirak edecek şekilde implant uygulaması yapılabilir.

13.Hastanın genel sistemik durumu çok iyi düzeyde veya kemik tiplemesi implant planlaması için en uygun durumda olsa bile, implant çevresinde enfeksiyon gözlenebilir.

Operasyon sonrası dikkat edilmesi gerekenler

- 1.**İki saat boyunca (anestezi etkisi geçene kadar) bir şey yiyip içmeyiniz.
- 2.**Operasyonu takip eden saatlerde ağzınızı çalkamayınız, emip, tükürmeyiniz. Biriken tükürüğünüzü yutunuz.
- 3.**Yanak ve dudaklarınızı çekerek operasyon yapılan bölgeyi görmeye çalışmayınız.
- 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 aldırmaq için geliniz.
- 15.**Beklenmeyen bir durum ile karşılaşırsanız lütfen doktorunuz ile temasa geçiniz.

	EGE ÜNİVERSİTESİ	Doküman Kodu	HHD.RB.13
	AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ	Yayın Tarihi	24.10.2022
	PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	Revizyon Tarihi	18.12.2024
	SİNÜS YÜKSELTME OPERASYONLARI İÇİN	Revizyon Numarası	02
	HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE	Sayfa No	3 / 3
	RIZA BELGESİ		

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.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Flep operasyonu | ☐ Frenektomi | ☐ Hemiseksiyon |
| ☐ Gingivektomi | ☐ Tünel operasyonu | ☐ İmplant ekstripsasyonu |
| ☐ Gingivoplasti | ☐ Membran uygulaması | ☐ Bağ dokusu grefti |
| ☐ Serbest dişeti grefti | ☐ Apikale kaydırılan flep | ☐ Kuronale kaydırılan flep |
| ☐ Kemik içi implant uygulaması | ☐ İmplant çevresi biyomateryal uygulaması | ☐ Dişeti pigmentasyon tedavisi |
| ☐ Sert doku greftleme | ☐ Sinüs tabanı yükseltilmesi | ☐ Diğer |
| ☐ Biyomateryal uygulaması | ☐ 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, tedavi sırasında oluşabilecek delici kesici alet yaralanması ile sonuçlanan iş kazaları için kan örneği vermeyi, 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.