



T.C.
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi

Doküman Kodu	HHD.FR.18
Yayın Tarihi	06.11.2025
Revizyon Tarihi	00
Revizyon No	00
Sayfa No	1/2

BİYOPSİ ONAM (RIZA) FORMU

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/işlemlerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ işlemler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, onaylayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Ağız içinde oluşan ve takipleri sonucunda 2 haftadan fazla sürede iyileşmediği tespit edilen yaralar ve şişliklerin tanısının konulabilmesi için patolojik olduğu düşünülen ya da şüphelenilen normalin dışındaki oluşumlardan parça veya ilgili doku küçükse tamamının alınması gerekebilir. Alınan parça hasta ya da hasta yakını tarafından hastanemizin anlaşmalı olduğu patoloji laboratuvarına en geç iki gün içerisinde götürülür. Bazı şüpheli durumlarda alınan parçanın ağız patolojisi alanında uzmanlaşmış patoloji laboratuvarı tarafından incelenmesi daha uygun olabilir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Periodontoloji Anabilim Dalında görevli hekimler tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

- Lezyonun tanısının erken dönemde konulması.
- Patolojinin ilerlemesinin önlenmesi.
- İleriye yönelik tedavi planının belirlenmesi.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

- Patolojik durumun artış göstermesi.
- Patolojik durumun artmasına bağlı olarak diş, çene kemiğinde kayıp ya da ağrı.
- İleri dönemde tedavinin zorlaşması ya da mümkün olmaması.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

- Yoktur.

İŞLEMİN OLASI RISK ve KOMPLİKASYONLARI

Eğer işlem lokal, bölgesel veya infiltratif anestezi ile gerçekleştirilecek ise uygulamalar esnasında ve sonrasında çıkabilecek sorunlar şunlardır;

1. Tansiyon ve nabız düşmesi: İşlem sırasında veya sonrasında hasta şuurunu kaybedip, bayılmaya kadar gidebilir.
 2. Sinirsel Komplikasyonlar: Anestezi sonrası geçici ve kalıcı sinirsel harlar (tamamen hissizlik, aşırı hislilik) nadiren de olsa ortaya çıkabilir.
 3. Müteakip Anestezi Uygulamaları: Kişiden kişiye değişen anatomik farklılıklar, uygulanan işlem süresinin uzunluğu, hastanın ağrı eşiğinin düşük olması ve işlemden ağrı duyduğunu belirtmesi gibi nedenler ile anestezi tekrarlanabilir. Uygulama sayısı hastanın sistemik durumu izin verecek ölçüde planlanır.
 4. Alerjik Reaksiyonlar: Anestezik solüsyonun kişinin vücudunda yarattığı yabancı reaksiyona bağlı olarak ciltte döküntüler, kızamıklıklar ve kaşıntı gibi hafif reaksiyonlar görülebileceği gibi nefes darlığı, nabız düşmesi, tansiyon düşmesi, nefes alma kalp atım işleminin durmasına kadar varabilecek ciddi etkiler görülebilir. Bunlar anestezi uygulanır uygulanmaz görülebileceği gibi işlemden saatler sonrası da ortaya çıkabilir.
 5. Ağrı: Anestezi sırasında ve sonrasında bölgede anesteziye bağlı ağrı hissedebilirsiniz. Ayrıca işlem sırasında ve sonrasında baş ağrısı görülebilir.
 6. Bulantı-Kusma: İşlem sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda hekim ve ilgili sağlık ekibince gerekli müdahale yapılabilir.
 7. Enfeksiyon: Her enjeksiyon bir kere kullanılan enjektörler ile yapılmaktadır. Bunun dışında bölgenin dezenfeksiyonu işlem sonrasında oluşabilecek enfeksiyon kontrolü sağlamaktadır.
 8. Kasları İlgilendiren Komplikasyonlar: Anestezi sonrası uygulama bölgesi ile alakalı olarak kas tutulmasına bağlı hareket kısıtlılığı, buna bağlı ağız hareketlerinde azalma görülebilir.
 9. Hastanın Kendine Verebileceği Zarar: Diş çekimi veya işlemin sona ermesinin ardından anestezinin etkisinin bir süre daha devam etmesi nedeniyle hasta kendi kendine ısırma ya da yaralama riski vardır.
 10. Hastanın anestezi sırasında ani hareket etmesi nedeniyle lokal anestezik iğnenin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.
 11. Özellikle posterior dişlerin çekimi sırasında yüzde birkaç saat sürebilen bu bölgedeki damarların daralmasına bağlı renk değişiklikleri gözlemlenebilir.
- Dişlerde ve çevre dokularda his kaybı
 - Komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması
 - Diş eti ve mukoza yaralanmaları
 - Aşırı kanama
 - Solunum yoluna diş veya yabancı cisim kaçması
 - Sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi
 - Çene açmada kısıtlılık
 - Çenede, ağız kenarlarında ezikler ve morluklar
 - Kullanılacak materyallere karşı gelişen alerjik reaksiyonlar

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

15- 45 dakika

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezin'den taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun aşağıda yazdığı önerilere uyunuz.

- Ağızınıza yerleştirilen tamponu 30 dakika boyunca atmayınız
- İşlem sonrası anestezinin etkisi geçene kadar bir şey yiyip içemeyiniz (2-3 saat)
- 24 saat boyunca emme, tükürme, çalkalama gibi hareketlerden kaçınınız
- Ağız hijyeninize dikkat ediniz, yara bakımını aksatmayınız.
- Bir hafta sonra dikişlerinizi aldirmaya geliniz.
- Ani şişlik, kızamık vb. durumlarda doktorunuza başvurunuz.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını; ☐ Kabul ediyorum. / Kabul etmiyorum.
2. İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını; ☐ Kabul ediyorum. / Kabul etmiyorum.

HASTA ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelere dayanarak; İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyor ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyarak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası E-Arşivimde bulunmaktadır.

☐	Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY ve KABUL EDİYORUM.
--------------------------	--

Hastanın	
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	

Hastanın Velisi / Vasisi	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

Tarih		Saat	
-------	--	------	--

İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN	
Adı Soyadı	

NOT: E-Onay verilmiş tüm belgeler E-Arşivinizde bulunmaktadır. İstenildiğinde görüntülenebilir ve indirilebilir.