

|                                                                                  |                                                                                                                                 |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | <b>T.C.</b><br><b>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi</b><br><b>Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi</b> | Doküman Kodu    | HHD.FR.21  |
|                                                                                  | <b>DİŞETİ CERRAHİSİ</b><br><b>FRENEKTOMİ –VESTİBÜLASTİ</b><br><b>AYDINLATMA ve ONAM(RIZA) FORMU</b>                             | Yayın Tarihi    | 07.11.2025 |
|                                                                                  |                                                                                                                                 | Revizyon Tarihi | 00         |
|                                                                                  |                                                                                                                                 | Revizyon No     | 00         |
|                                                                                  |                                                                                                                                 | Sayfa No        | 1/2        |

Sayın Hasta,Sayın Veli/Vası;

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 etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

**BİLMENİZ GEREKENLER**

**FRENEKTOMİ**

**Tanı ve İşlem:** Normalden uzun olan kasın kesilerek çıkartılması işlemidir.

**İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?** Bu işlem KSÜ Ağız ve diş sağlığı Periodontoloji ABD Öğretim Görevlileri ve Araştırma Görevlileri gözetiminde Stajyer Diş Hekimleri tarafından'dan yapılabilir.

**Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği:** Anatomi olarak kasın uzun olması, diş eti çekilmesi ile diş etinin hareketli olmasıdır. Alınmaması durumunda; hareketli protez kullanımı zorlaşır; diş eti çekilmesi devam eder; diş kaybı olur.

**İşlemden beklenen faydalar:** Kasın neden olduğu aşırı hareketin, diş eti çekilmesinin ve dişlerdeki ayrılmanın sonlanması. Daha rahat, sağlıklı, estetik bir protezin yapılması.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR:** Dişeti çekilmesinin devam etmesi, iltihap, diş kaybı, protez yapımı veya kullanımının zorlaşması veya yapılamaması fayda sağlanması mümkün değildir.

**İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI:** Ağrı, şişlik, enfeksiyonun yayılması, dişlerde ve çevre dokularda his kaybı, komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması, dişin veya kırık parçanın değişik ağız kenarlarında ezikler ve morluklar.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:**15-45dakika olabilir.

Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar, greft-membran materyali,periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Lokal anestezi ajanları ile ilgili bilgiler Lokal anestezi bölümünde anlatılmıştır.

**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.

• Dikiş atılır,1 hafta sonra dikişler alınır.İşlem sonrası antibiyotik, ağrı kesici ve gargara kullanılır.

• Önerileri dikkate almalara, yara bölgesini korumaları, yüzüstü yatmamaları çok önemlidir. Diş Fırçalama,ve yazılan ilaçların kullanımı.

**VESTİBÜLOPLASTİ**

**Tanı ve İşlem:** Diş Hekimi, Diş kliniğinde, steril malzemeler ile cerrahi kurallara uygun şekilde doğuştan yada sonradan gelişen dudak derinliğindeki azalmanın artırılması için yapılan işlem.

**Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği:** Ağız solunumu, kötü ağız bakımı, bazı ilaçlar( anti hipertansif gibi) dişeti büyümesine neden olur. Bu büyümeler tedavi edilmezse dişin tamamını kaplar; fonksiyon ve estetik kaybına neden olur.

**İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:**Hareketli protez yapımı/kullanımının kolaylaşması, dişeti çekilmesinin önlenmesi.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR:** Hareketli protezin tutmaması/ yapılamaması, dişeti çekilmesinin devam etmesi Fayda sağlanması mümkün değildir.

**İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI:** Ağrı, şişlik, enfeksiyonun yayılması, dişlerde ve çevre dokularda his kaybı, komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması, dişin veya kırık parçanın değişik anatomik lokalizasyonlara iletilmesi, diş eti ve mukoza yaralanmaları, alveoler kemiğin kırılması, çenenin çıkması/kırılması, solunum yoluna diş veya yabancı cisim kaçması, sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi, sinüsün perforasyonu olması, çene ekleminin travmaya uğraması, çene açmada kısıtlılık (trismus), çenede ve ağız kenarlarında ezikler ve morluklar.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:** 30-60dakika olabilir.

Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar, greft-membran materyali, periodontal apatlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Lokal anestezi ajanları ile ilgili Lokal anestezi bölümünde anlatılmıştır.

**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.

Önden dikiş atılır, dikişler alınmaz. Antibiyotik, ağrı kesici, gargara kullanılır. Önerilerin dikkate alınması ve hasta uyumu çok önemlidir.

**İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?**

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

**VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Alternatif tedavi yoktur.

**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. Yukanda 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           |  |