



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

DIŞ ETİ CERRAHİSİ
ĞİNGİVEKTOMİ-ĞİNGİVOPLASTİ-KRON BOYU YÜKSELTME
AYDINLATMA ve ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	HHD.FR.22
Yayın Tarihi	07.11.2025
Revizyon Tarihi	00
Revizyon No	00
Sayfa No	1/2

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 etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

TANI VE İŞLEM:

ĞİNGİVEKTOMİ VE ĞİNGİVOPLASTİ

Tanı ve İşlem: Diş Hekimi, Diş kliniğinde, steril malzemeler ile cerrahi kurallara uygun bistüri veya lazer ile işlem yapılır. Lokal anestezi altında dişetlerinin kesilip küçültülmesidir. Uygulama Öğretim Görevlileri ve Araştırma Görevlileri gözetiminde Stajyer Diş Hekimleri tarafından da yapılabilir.

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

İşlemden beklenen faydalar: Sağlıklı (boyut, renk ve kıvamında) dişetlerine kavuşma, kanamanın azalması, kötü koku, çiğneme problemlerinin ortadan kalkması, estetiğin düzeltilmesidir.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sorunlar: Diş eti büyümesinin artması, ağrı, kanama, çiğnemede zorlanma, ağız kokusu, estetik problemlerdir. Fayda sağlanması mümkün değildir.

İşlemin olası risk ve komplikasyonları: 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 eklemine travmaya uğraması, çene açmada kısıtlılık, çenede ve ağız kenarlarında ezikler ve morluklar.

İşlemin tahmini süresi: Gingivektomi ve gingivoplasti 30-60 dakika olabilir.

Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri: 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. Önden dikiş atılır, dikişler alınmaz. Antibiyotik, ağrı kesici, gargara kullanılır. Önerilerin dikkate alınması ve hasta uyumu çok önemlidir.

Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar, greft-membran materyali, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.

KRON BOYU YÜKSELTME

Tanı ve İşlem : Diş Hekimi Diş kliniğinde, steril malzemeler ile cerrahi kurallara uygun bistüri veya lazer ile işlem yapılır. Lokal anestezi altında protez yapılacak dişlerin etrafında fazla diş eti olduğunda bu diş etinin uzaklaştırılması işlemidir. İşlemden sonra önerileri dikkate almalı ve yara bölgesini koruması çok önemlidir. Uygulama Öğretim Görevlileri ve Araştırma Görevlileri gözetiminde Stajyer Diş Hekimleri tarafından da yapılabilir.

Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği: Dişin aşınması, kırılması, etrafındaki dişetinin eski proteze, sistemik hastalıklara, travmaya bağlı büyümesidir. Yapılmazsa sabit protez yapılamaz.

İşlemden beklenen faydalar: Daha fonksiyonel, estetik ve uzun vadeli bir sabit protezin yapılması.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sorunlar: Fonksiyonel, estetik ve uzun vadeli bir sabit protezin yapılması güçleşir veya sabit protez yapılamaz.

İşlemin olası risk ve komplikasyonları: 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 eklemine travmaya uğraması, çene açmada kısıtlılık (trismus), çenede ve ağız kenarlarında ezikler ve morluklar.

İşlemin tahmini süresi: 15-45 dakika olabilir.

Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:

Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

GEREKTEĞİNDE 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.

HASTAONAY

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 ediyorum 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.