

	T.C Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.61
	TME PROLOTERAPİSİ ONAM (RIZA) FORMU	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

Tanı ve İşlem: Proloterapi, temporomandibular eklem ağrılarında, aşırı hareketliliğinde yada hareket yetersizliğinde kullanılan bir tedavi şeklidir. İşlem sırasında eklem boşluğuna ve çevresindeki tendonlara dekstro vb. içeren sıvı enjeksiyonu yapılmaktadır. Yapılan enjeksiyonla çevredeki dokuları uyarak şikâyetlerin azalması amaçlanmaktadır.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

- Eklem ağrısının azalması
- Ağız açıklığında artma
- Eklem seslerinin azalması
- Eklem rahatsızlığının ilerlemesinin önlenmesi
- Hastanın yaşam kalitesinin artırılması

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

- Eklem ağrısının
- Eklem seslerinin, kısıtlı açıklığın devam etmesi
- Uzun vadede eklemde dejenerasyon
- Eklem rahatsızlığının ilerlemesi

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

- Artrosentez (eklem içi yıkama)
- Bulguların baskılanmasına yönelik ilaç tedavisi (Geçici bir çözümdür.)

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

- İşlem sırasında ağrı, rahatsızlık
- Kullanılacak materyallere karşı alerjik reaksiyon (Lokal anestezi, dekstro vb.)
- İşlem sonrası şişlik
- Operasyon bölgesinde morarma
- Lokal anesteziye bağlı olarak göz kapağında düşüklük
- Sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi
- Kulak çınlaması
- Eklem bölgesinde ağrı, şişlik
- Geçici/kalıcı yüz felci
- İşlem sonrası enfeksiyon

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

45 Dakika

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

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

- İşlem sonrası 1 hafta kadar ağrınız olabilir.
- İşlem sonrası size anlatılan egzersizlere en kısa sürede başlamalısınız.
- Bölgedeki şişlik normaldir zamanla azalacaktır.

GEREKTEĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim dalını arayarak işlem için bilgilendirme ve yardım alabilirsiniz.

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.