



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

|                 |            |
|-----------------|------------|
| Doküman Kodu    | HHD.FR.67  |
| Yayın Tarihi    | 07.05.2025 |
| Revizyon Tarihi | 00         |
| Revizyon No     | 00         |
| Sayfa No        | 1/2        |

**ORTODONTİK TEDAVİ AYDINLATMA ve ONAM (RIZA) FORMU (DUDAK-DAMAK YARIĞI TEDAVİSİ)**

**Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;**

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

**BİLMENİZ GEREKENLER**

**Tanı ve İşlem: DUDAK-DAMAK YARIĞI TEDAVİSİ**

Dudak damak yarığı olan bebeklere beslenme plağı ya da erken ortopedik girişimler uygulanabilmektedir. Bu amaçlarla bebeklerden ölçü almak gerekir. Bebeklere uygulanan sadece besleme amacıyla kullanılan apareyler temiz bir ip ile bebeğin yakasına bağlanmalıdır.

1-0-18 aylık dudak ve/veya damak yarıklı bebekler geldikleri günden itibaren takibe alınırlar. Dudak ve damak şekillendirmesine; 0-2 haftalık dönemde başlanır. Tedavi süresi ortalama 3-4 haftadır. Dokular plak, lastik ve bantlar aracılığı ile yaklaştırılır. Dokular yaklaştırıldığında gerek görüldüğü takdirde burun uzantısı eklenir. Daha sonra hasta haftada 1 ya da 2 kere kontrollerle takip edilir. Sadece damak yarığı olan bebekler, beslenebiliyorlarsa önce aylık, sonra 3 aylık kontrollere çağırılır. Beslenemiyorsa beslenme öğretilir ve gerek görüldüğünde bu bebeklere de beslenme plağı uygulanır. İlerleyen süreçte kontroller yılda bir düşer ve dişlenme takip edilir.

2-Hastanın tüm tedavisinin kliniğimizde gerçekleşmesi gerekmektedir. Herhangi bir nedenle hastanın başka bir kliniğe nakledilmesi söz konusu değildir. Tedavisi başlamış hastaların kayıtları ise hiçbir şekilde kliniğimizin dışına verilmeyecektir.

3-Randevu günü ve saati dışında gelen hastaya bakılmamaktadır. Önemli mazeretler nedeni ile randevu değişikliği istendiğinde bu isteğin randevu tarihinden önce telefonla bildirilmesi gerekmektedir.

4-Ağız bakımına dikkat etmeyen, apareyini kullanmayan, hekimin tavsiyelerine uymayan ve randevularına düzenli gelmeyen hastaların tedavisinde aksamalar görülmektedir.

5-Tedavi süresince doktorun tüm öneri ve talimatlarına uyulması zorunludur.

6-Yeni doğanın/bebeğin hasta uyumu ile ilgili tüm sorumluluklar(plağın kullanılması, temizlenmesi) tamamen veliye aittir. Veli bebeğin plağının temizlenmesi ve tedaviye uymasını sağlamakla yükümlüdür.

7-Hastanın tedavisi için gerekli olan malzemeleri hasta karşılayacaktır. Malzeme bedelinin hastanın kurumunca karşılanıp karşılanamayacağı kliniğimiz sorumluluğunda değildir.

8-Kullanım sırasında kırılan ve kaybolan apareylerin yenilenme ücreti hastalar tarafından karşılanacaktır.

9-Hastanın tüm kayıtları yurt içi ve yurt dışı bilimsel yayınlarda kullanılabilir.

**İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?**

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

**İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR**

Hastanın etkin bir şekilde beslenmesi, ayrık dokuların kapanması, konuşmanın düzeltilmesi, çene gelişiminin yönlendirilmesi, dental estetiğin sağlanması, yüz estetiğinin iyileştirilmesidir.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

•Hasta etkin şekilde beslenemez. Gelişimiyle birlikte yarık hatları daha da büyür, çene normal gelişimini sürdüremez, hastanın ameliyatı zorlaşır ve ileriki zamanlarda yarığın tekrar açılması söz konusu olabilir. Sağlıklı çiğneme yapılamaz, çene eklemi problemleri ortaya çıkabilir, dişlerdeki çapraşıklık artar, diş eti problemleri ve çürükler oluşabilir.

**VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Alternatifi yoktur.

**İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI**

•Hasta etkin şekilde beslenemez. Gelişimiyle birlikte yarık hatları daha da büyür, çene normal gelişimini sürdüremez, hastanın ameliyatı zorlaşır ve ileriki zamanlarda yarığın tekrar açılması söz konusu olabilir. Sağlıklı çiğneme yapılamaz, çene eklemi problemleri ortaya çıkabilir, dişlerdeki çapraşıklık artar, diş eti problemleri ve çürükler oluşabilir.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Cerrahi operasyon yapılana kadar plak kullanımına devam edilmelidir.

**HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ**

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi taburcu olurken doktorunuz tarafından size önerilen tavsiyelere mutlaka uyunuz.

**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.

**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 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.