Klinikte kooperasyonu sağlanamayan ve genel sağlığı lokal anestezi altında tedavi görmeye uygun olmayan hastaların genel anestezi altında tedavi edilmesi gerekebilir.

**İşlem sırasında;** ilaçlara karşı gelişebilen alerjik reaksiyonlar, solunum durması, mide içeriğinin solunum yollarına kaçması (acil operasyona alınanlarda, midesi dolu olanlarda, önerilen açlık süresine uymayanlarda görülmektedir) dil, diş dudak ve ağız içinde yaralanmalar, akciğerlerin bazı bölgelerinde kapanma (atelektazi) gibi riskler bulunmaktadır.

**İşlem sonrasında;** şişlik, ağrı, enfeksiyon, alt dudakta his değişikliği veya kalıcı his kaybı tat duyusu kaybı, operasyon bölgesinin hasara uğraması, morarma, operasyon sonrası çene kırıkları, eklem problemleri, ağız dışından yapılacak cerrahi girişimlerde ciltte görülebilir iz varlığı, cerrahi bölgenin beslenememesine bağlı segmental kayıplar ve kanamaya bağlı ölüm, konuşma ve yemek fonksiyonlarında bozukluk ve kilo kaybı görülebilir.

**Genel anestezi sonrası görülebilen yan etkiler**; bulantı ve kusma, boğaz ağrısı, geçici kas ağrısı, geçici baş ağrısı veya görme bulanıklığı yaşayabilir.

Yukarıda belirtilen tüm risklere ek olarak uygulanacak olan herhangi bir işlem için verilecek genel/lokal anestezi esnasında; ciddi kan kaybı, enfeksiyon, dişlerin, boğaz, ses telleri, sinirlerin zarar görmesi, göz reaksiyonları, solunum yavaşlaması ya da durması, anestezinin sağlanamaması ve daha önceden kestirilemeyen riskler nedeniyle kalıcı sakatlık ya da ölüm gelişebilir. Bu risklerin bilincinde olarak gerekli görülecek her türlü işlemin yapılmasına izin veririm. Anestezist tarafından gerekli görülecek her ilacın verilmesine izin verir ve anestezisti yetkili kılarım.

Bazı durumlarda doktorların yaptıkları operasyona ek olarak farklı medikal/cerrahi işlemlerin gerçekleştirilmesi gerektiğini anladım. Bu gibi bir durumda Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı doktorları ve Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı doktorları ve Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı doktorlarının yetkili kılınmasını istiyorum.

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı doktorları ve Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi Anabilim Dalı doktorlarını işlemler sırasında gereken şekilde alınacak/çıkacak dokuların saklanması, patolojik örnek olarak kullanılması, manipüle edilmesi ya da analizi için gerekeni yapmak üzere yetkili kılıyorum.

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı doktorları ve Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi Anabilim Dalı doktorları ve Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı doktorlarını, hemşirelerini, teknisyenlerini, araştırma görevlilerini, uzmanlık ve lisans öğrencilerinin teşhis ve tedavinin tüm aşamalarına katılmalarını kabul ediyorum. Bu durumun ayrıca tedavi sırasında kullanılacak malzeme ve materyallerin teminini sağlayacak firmaların ve firma temsilcilerinin de iştirakını kapsadığı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi’nin bir eğitim kurumu olduğunu ve yapılacak tedavinin öğrencilerin eğitimlerine katkıda bulunacak şekilde faydalanılabileceğini, tıp ve diş hekimliği öğrencilerinin operasyona katılabileceklerini kabul ediyorum.

Diş hekimliği kliniklerinde ortamın ve kullanılan aletlerin dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallarına uygun olarak hazırlandığı anlatıldı. Ancak tüm önlemlere rağmen; COVİD-19 hastalığı ile mücadelede henüz tam bir başarı şekli açıklanmadığı için bulunduğumuz ortamda ve tedavi işlemlerinin uygulanması sırasında virüsün bulaşma riskinin olabileceği anlatıldı. Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu her türlü korunma ve dezenfeksiyon işlemlerinin yapılmasına ve gerekli her önlemin alınmış olmasına rağmen, COVİD-19 hastalığı ile mücadelede henüz tam bir başarı şekli açıklanmadığı için bulaş riskinin hala var olduğunu, rutin tedavimin yerine, gerekli olması halinde, çocuğuma sadece acil müdahale yapılabileceğini ve bu müdahaleden kaynaklanan risklerin olabileceğini anlamış bulunuyorum.

Yukarıda verilen bilgiler doğrultusunda;

Doktorlar tarafından konulan tıbbi teşhis ve mevcut durumla ilgili detaylı bilgi aldım ve bu durumu anladım. Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Hastanız klinikte muayene edilememiş ise anestezi altında önce muayene edilecek, sonra uygun görülen işlemler yapılacağını, ağızdaki işlem sayısına göre anestezi ve cerrahi işlemin süresi değişkenlik gösterebileceğini anladım ve kabul ettim.

Doktorlar uygulanacak işlem ile ilgili yararları anlattılar ve anlatılan işlemlerin yararlarını anladım.

Doktorlar tarafından anlatılan ve yukarıda listelenmiş olan risklerin tamamını dinledim ve anladım.

Tıp ve diş hekimliği bilimleri kesin olan bilim dalları değildir. Muhtemel başarıyla ilgili bilgilendirilmiş olmama rağmen uygulanacak işlem sonuçlarının garanti edilebilirliği yoktur ve bu konuda kesin yargılarla söz vermek mümkün değildir. Bu durumu anlamış bulunmaktayım.

Yukarıda yazılan ve doktorlar tarafından detaylı olarak anlatılan konularda tam ve detaylı olarak bilgilendirilmiş ve tamamını anlamış bulunmaktayım. Tüm bu bilgiler doğrultusunda vasisi/velisi olduğum çocuğa uygulanan işlemlerin tamamını kabul ediyor ve tam yetkili kılıyorum.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla ‘Hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY VERİYORUM’ yazınız.

|  |
| --- |
|  |
| **Hasta adı soyadı:****Hasta yakını adı soyadı:****Yakınlık derecesi:****İmza:****Tarih:****Saat:** | **Onamı Alan Doktorun** **Unvanı/adı soyadı:****İmza:****Müdahaleyi yapacak hekimin****Unvanı/ adı soyadı:** |