**Sayın hasta ve/veya hasta yakınımız;**

 Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Formda ayrıca tedavi göreceğiniz kliniklerde yapılacak işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Sadece dişetini ilgilendiren bir cerrahi işlemdir. Gingivektomi, dişeti dokusunun cerrahi olarak uzaklaştırılması, gingivoplasti ise diş çevresindeki sağlıklı dişeti dokularının şekillendirilmesidir. Dişeti hastalığının tedavisi, dişeti büyümelerinin ortadan kaldırılması dişeti kenarlarının seviyelenmesi veya protetik açıdan diş boyunun uzatılması amacıyla yapılır. Bu operasyonda, lokal anestezi yapıldıktan sonra diş eti kesilip çıkarılır ve bölge periodontal pat (koruyucu pembe macun) ile kapatılır. Hekim önerisine göre ameliyattan sonra ağrı kesici ve gargara reçete edilebilir. Periodontal pat 10 gün sonra alınır.

**Tedaviden Beklenenler:** Yeniden şekillendirilen dişetleri daha doğal bir görünüme sahip olur. Hastanın kolaylıkla temizleyebileceği dişeti formu elde edilir. Protetik açıdan yeterli diş kron boyu elde edilmiş olur.

**Önerilen Tedavi Uygulanmazsa:** Eğer cerrahi tedavi yapılmazsa ilgili dişlerin olduğu bölgede dişeti hastalığı devam eder. Hastanın plak kontrolü zorlaşır. Dişeti büyümesi devam edebilir ve çiğneme fonksiyonlarına engel olabilir.

**Olası Riskler:** Bu işlemler büyük bir risk taşımamaktadır. Kanama olabilir. Enfeksiyon riski de oldukça düşüktür. Dişlerde sıcak-soğuk hassasiyeti görülebilir.

**Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:** İşlemden sonra, az da olsa rahatsızlık hissetmek mümkündür. Cerrahi işlem sonrası 2 saat hiçbir şey yiyip içilmemelidir. Ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde çok sıcak veya soğuk yiyecek ve içeceklerden uzak durmak gereklidir. Operasyona dahil edilen bölge ile çiğneme yapılmamalıdır. Yumuşak ve ılık yiyecekler uygundur. Asitli meyve suları, alkollü içecekler ve baharatlı yiyeceklerden uzak durulması gerekmektedir. Ameliyatı takip eden hafta boyunca sigara içilmemelidir.

Ameliyat bölgesine konulan pat (koruyucu pembe macun) hareket ettirilmemelidir. Yerleştirilen pat küçük parçalar halinde kırılabilir. Büyük parçalar koparsa veya pat tamamen düşerse yenisinin koyulması için tekrar fakülteye geri gelinmelidir. Operasyon sonrası ilk 4-5 saat içerisinde cerrahi bölgesinden bir miktar sızıntı şeklinde kanama olabilir. Daha uzun süreli kanamalarda doktorunuzu aramanız gerekir. Ameliyat sonrası ağrı olursa ağrı kesici alınabilir ancak aspirin veya kanamayı arttıran benzeri (salisilik asit benzeri) ilaçlar alınmamalıdır. Ameliyat edilmeyen bölgeler fırçalanmalı ancak ameliyat bölgesi fırçalanmamalıdır.

**Uygulanan Tedavinin Başarısı İle İlgili Garanti Verilememesi**: Bu tedavilerin başarılı olacağına dair bana hiçbir garanti, başarılı olacağına dair hiçbir yazılı belge ya da güvence verilmediğini biliyorum. Kişisel farklılıklar söz konusu olduğundan periodontoloğum başarı şansını tahmin edemeyebilir. Çok iyi bir ağız bakımı sağlanabilse dahi, başarısızlık riski vardır ve yeni bir tedavi gerekebilir.

**ONAY** Tüm ağzımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlar açıklandı.

Teşhis ve tedavi esnasında; Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği, Öğrencilerin tanı ve tedaviye katılacağı, asistan ve öğretim üyeleri denetiminde çalışacakları, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği, Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği, **tarafıma** açıklandı.

Aşağıdaki boş alanı kendi el yazınızla **''Bana verilen bu evrakı okudum, anladım ve tedaviyi** **kabul ediyorum.''** şeklinde doldurunuz.

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……… (Yasal yeterliliği olmayan hastalar için hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)

**Hastanın yada hastanın yasal temsilcisinin; Tedavi uygulayan hekimin;**

Adı Soyadı : Adı Soyadı :

TC Kimlik No : İmzası :

Doğum Tarihi :

Tarih/Saat :

İmzası :

*NOT: Onam formu iki nüsha olarak hazırlanır, bir nüshası hastaya veya kanuni temsilcisine verilir, diğer nüsha ise sağlık kurumu tarafından arşivlenir.*