

Hasta Adı

Tarih

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Artrosentez uygulaması, bölgesel uyuşturma ile çene eklemimizin üst boşluğuna iğne girerek, steril serum fizyolojik ile yıkama işlemidir.

Bu uygulamada yıkama işleminden sonra eklem içinde hyalüronik asit içeren ilaçlar enjekte edilmektedir.

Artrosentez işleminin etki mekanizması kesin olarak ortaya konamamıştır. Ancak, eklem ağrılarında rahatlatıcı etkisi bilimsel araştırmalarla gösterilmiştir.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

Kullanılan ilaca (örneğin Orthovisc adlı ilaç tavuk ibiğinden üretilmektedir) bağlı olarak alerjik reaksiyon gelişme riski ve uygulamaya bağlı olarak kanama ve enjeksiyon riskleri ile komşu anatomik yapılara zarar verilme riski bulunmaktadır. Bu riskler ihtimali düşük olan risklerdir ve ek işlemler gerektirebilmektedir.

Sık görülebilen ve genellikle kısa sürede kendiliğinden geçen diğer komplikasyon riskleri ise artrosentez sonrası bölgede şişlik olmasıdır. Bunun sebebi doku arasına kaçan serum fizyolojik, hematoma (doku içinde kan birikmesi) olabilmektedir. İşlem sonrası oluşabilecek hafif rahatsızlık rutin ağrı ağrı kesici kullanımı ile genellikle sorunsuz geçmektedir. Sık görülmesi de bölgede ekimoz (morarma) da görülebilir ve bu kendiliğinden yaklaşık 1 haftada geçecektir. Diğer bir risk de bölgesel uyuşturma (lokal anestezi sırasında) göz kapatmaları ve alın gibi yüz kaslarını hareket ettiren fasiyal sinirin uyuşmasıdır. Bu da bir iki saat içerisinde kendiliğinden geçen bir durumdur.

Hasta Onamı:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

Tarafıma, Çene Eklemime (Temporomandibuler Eklem) Artrosentez (yıkama ve ilaç enjeksiyonu) uygulamasın yapılmasına kendi rızamla izin veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum:

Hastanın Adı-Soyadı : **İmzası:**..... **Tarih:**

Hasta vasisi/yakınının Adı Soyadı :..... **İmzası:**..... **Tarih:**
(Yakınlığı:.....)

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun Adı Soyadı :..... **İmzası:**..... **Tarih:**