AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği
Flep Operasyonu Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu

Hastanın Soyadı, Adı		Dosya No	

BİLGİLENDİRME

Flep operasyonu, dişeti kemik ve kök yüzeyini etkilemiş olan iltihabın tedavisi için yapılan bir işlemdir.

İşlem lokal anestezi ile yapılır. İlgili bölge aşamalı lokal anestezi tekniği ile uyuşturulur (önce jel ile yüzeysel uyuşturma, ardından çok ince mezoterapi iğnesi veya iğnesiz anestezi tekniği ile bölgesel uyuşturma yapılır. Gerekirse dental enjektör kullanılır). Ardından operasyon bölgesinde kesi yapılarak dişeti kaldırılır. Köklerin etrafındaki iltihaplı dokular temizlenir. Kök yüzeyi el aletleri ile temizlenir ve düzleştirilir. Gerekli görülürse kemik ve dişeti de düzeltilir ve dikiş atılır. Gerekli görülürse antibiyotik de kullandırılır. Yaklaşık 7 gün sonra dikişler alınır.

Alternatif Tedaviler:

Diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi ve sık aralıklarla kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir. Ancak dişeti problemleri devam edebileceğinden dişeti çekilmeleri, dişteki sıcak soğuk hassasiyeti artabilir, kök çürükleri oluşabilir ve hatta sonuçta diş kayıpları meydana gelebilir.

Riskler nelerdir?

Cerrahi işlem sırasında veya sonrasında bu kadarla sınırlandırılmamakla birlikte şu sorunlarla karşılaşılabilir:

Enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, yavaş iyileşme, dudak köşelerinde tahriş, dişlerde sıcak soğuk hassasiyeti ve özellikle operasyon sonrası ilk 4 hafta dişlerin sallanma derecesinde artış.

ONAY

Operasyon bölgesinin uygnu şekilde iyileşebilmesi için yapılması gereken günlük ağız bakımı konusunda bilgilendirildim ve talimatlar doğrultusunda bu bakımı yapmayı kabul ettim. Operasyon sonrası 3-4 hafta boyunca kesinlikle sigara içilmemesi gerektiği, sigara içmem durumunda tedavinin başarısız olma olasılığının yüksek olduğu konusunda bilgilendirildim ve bu süre zarfında içmemem gerektiğini anladım. Ayrıca doktoruma periyodik kontrollere gelmem gerektiğini anladım ve kabul ettim. Cerrahi işlem sonrası oluşan herhangi bir problem konusunda diş hekimimi bilgilendirmem gerektiğini anladım.

AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği
Flep Operasyonu Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu

Flep operasyonu hakkında yeterince bilgi aldım, tedavi sonrasında karşılaşılabilecek problemler, alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim ve sonuç olarak bana flep operasyonu yapılmasına izin verdim.

…….

(Kendi el yazınızla "**Okudum, anladım kabul ediyorum**" yazınız)

	Adı, Soyadı	**İmza**	**Tarih**
Hasta/Yasal Temsilcisi*			
Tanık			
Tercüman			
Sorumlu Sağlık Personeli			

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).

Gerektiğinde 0 535 047 23 44 nolu whatsapp/BİP hattımızdan bize ulaşabilirsiniz.