



**AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği**  
**Kist Operasyonu HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU**

		Tarih	
Hastanın Soyadı, Adı		Protokol No	

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.

Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütme ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır. Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

**BİLGİLENDİRME**

ÖN TANI :.....

PLANLANAN TEDAVİ / TAHMİNİ SÜRE :.....

**İŞLEM HAKKINDA BİLGİ**

**Genel Bilgilendirme**

Genel tanımı ile kist, içi kist sıvısı ile dolu boşluk ve bu sıvıyı çevreleyen kist tarafından oluşur. Kistler çok değişik nedenlerle oluşabilirler. En çok oluşma nedeni ise tedavi edilmemiş diş enfeksiyonu ve gömülü kalmış dişlerdir.

Kistler genelde çenede şişlik olarak kendini belli eder. Çok uzun yıllar şişlik ve ağrı oluşturmadan çene kemiği içinde büyüyebilirler. Operasyonla alınmadıkları sürece de çene kemiği içinde büyümeye ve çene kemiğini eritmeye devam ederler. Bu nedenle kist teşhis edildiği zaman en kısa zamanda alınması gerekir, çünkü kistler ilaç tedavisi ile iyileşmezler mutlaka ameliyat edilmesi gerekir.

**İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

.....

.....

.....

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR**

.....

.....

.....

**İŞLEME AİT RİSKLER/KOMPLİKASYONLAR:**

Operasyon sırasında kist tamamen temizlenir ancak gözle görülemeyecek kist hücreleri artıkları nedeniyle kist tekrar oluşabilir. Bu nedenle operasyon sonrasında belli aralıklarla hastanın kontrole gelmesi önemlidir.

Kistin üst çenede sinüs ve burun boşluklarına olan ilişkisine bağlı olarak operasyon sonrasında burun veya kulaktan kan gelebilir.

Alt çenede oluşmuş kistlerde sinirle (n.alveolaris inf.) olan ilişki sonucu ilgili bölgede, diş etlerinde, dudakta ve çene ucunda kalıcı veya geçici his kaybı olabilir.

## AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği Kist Operasyonu HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Eğer kist çok büyük boyutlara ulaştıysa kemikte çok fazla erime olur ve bu da çene kemiğinin kırılmasına neden olabilir.

Operasyonda sonra çenede şişlik, ağrı ve renk değişikliği olabilir.

Kist operasyonlarından sonra yara yerine iyi bakılmaması sonucu enfeksiyon oluşabilir ve iyileşmeye olumsuz etkisi olabilir.

Kök ucu kesilerek kist operasyonu yapılan işlemlerde hastanın ilgili dişi 3 ay boyunca

kullanmaması, üzerine kuvvet uygulamaması gerekir. Dişin zorlanması dişte hareketlenmeye yol açabilir.

Ameliyatın türüne ve kistin anatomik yapılarla olarak göz, burun boşluğu ve sinüsler ameliyat sırasında zarar görebilir. Üst çenede burun kanadı alt göz kapağı ve üst dudakta kalıcı veya geçici his kaybı olabilir.

### İŞLEMİN ALTERNATİF TEDAVİLERİ

Cerrahi müdahale dışında alternatif tedavi yoktur.

### İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Operasyon sonrasında doktorunuzun uyarı ve tavsiyelerine uymanız işlemin başarısını arttıracaktır. Ancak bu tedavide sigara kullanımı ve biyolojik nedenler başarısızlığa yol açabilir.

### ONAY

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. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Bu ameliyat sırasında klinikte görevli doktorların, sağlık ekibinin, asistan doktorların, intern/stajyer doktorların ameliyata dahil olabileceğini biliyorum. Ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında bir dizi gerekli tıbbi resim, videolarımın ve radyolojik görüntülerin zorunlu olan tıbbi kaydımın, olası adli sorun dışında, bilimsel amaçlarla kullanılmasına izin veriyorum.

**Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kayb olduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).**

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

Hasta

İmza Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekili / yasal temsilcisi

İmza Tarih/ Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak):

.....  
.....



**AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği**  
**Kist Operasyonu HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU**

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.

Doktor

İmza

Tarih/ Saat

Adı Soyadı.....

**Hastanın Dil/İletişim Problemi var ise ;**

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Doktor

İmza

Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) : .....

Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikayetlerinizde veya değinmek istediğiniz her konuda gündüzleri Hasta Hakları Bölümü'ne başvurabilirsiniz.

\*Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar.