

## AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği Kemik Artırma Ameliyatları için (Greftleme) Bilgilendirme ve Onam Formu

Hastanın Adı, Soyadı		Dosya No	
Planlanan Tedavi			

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptıрма veya reddetme hakkına sahipsiniz

### 1. İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI

Kemik greftleme operasyonları ağız, diş ve çene cerrahisi uzmanı veya periodontoloji uzmanı tarafından polikliniğimizde veya genel anestezi/ameliyathane hizmeti aldığımız başka bir sağlık kuruluşunda yapılabilir.

### 2. HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ ve NASIL SEYREDECEĞİ ve İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Erken diş kaybı, yaş, sistemik hastalıklar gibi birçok sebeple kemik kaybı görülebilir ve o bölgelere başarılı restorasyonların yapılmasına engel olabilir. Bu nedenle greft uygulamaları ile daha sağlıklı ve konforlu restorasyonlar yapılabilir.

### 3. KEMİK GREFTLEME OPERASYONLARI

Greftleme kelime anlamıyla eksik dokuyu telafi etmek/tamamlamaktır. Yaşa bağlı oluşan kemik erimesi ya da başka sebeplerle çenelerden kemik kaybı olması durumunda, bu bölgelere protez yapılabilmesi ya da implant uygulanabilmesi için ya da implant uygulaması esnasında bölgeye greftleme işlemi yapılması gerekebilir.

Yönlendirilmiş doku rejenerasyonu (YDR) operasyonunda ise, lokal anesteziyi takiben ilgili bölgeye dişeti kesisi yapılarak dişeti kaldırılır. Bölgedeki iltihabi dokular ve hastalıklı kök yüzeyleri temizlenir. Ardından iyileşmeyi bozacak dişetin kemik ve diş yüzeyi arasına göç etmesini engellemesi için eriyebilen veya erimeyen bir membran kemik defektini ve/veya kemik greftini örtecek şekilde yerleştirilir. Dişeti dikilir. Yaklaşık 1-2 hafta sonra dikişler alınır.

Kullanılan membran erimeyen tip ise, operasyon tipine göre yaklaşık 2-6 ay sonra ikinci bir ufak cerrahi işlemle membran çıkarılır. Eriyen tip ise ikinci bir cerrahiye ihtiyaç yoktur.

Greftleme işlemi diş kökü çevresine yapılabileceği gibi, dişlerin çekilmiş olduğu erimiş kemik bölgelerinde ve üst çenede maksiller sinüs tabanı yükseltmek amacıyla yapılabilir. İmplant veya diğer protezler yapılmadan önce greftleme işlemine ihtiyaç duyulabilir. Kemik greftlemede, kişinin kendi çenesi veya diğer bölgelerinden alınan kemik kullanılabileceği gibi farklı kaynaklardan elde edilmiş olan ticari ürünler de kullanılabilir. İdeal greft hastanın kendisinden alınan greft olsa da insan veya hayvan kaynaklı kemik ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller de tercih edilebilir.

## **AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği** **Kemik Artırma Ameliyatları için (Greftleme) Bilgilendirme ve Onam Formu**

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için sizden/refakatinizdeki kişiden röntgen çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.

### **4. GENEL RİSKLER ve KOMPLİKASYONLAR**

Greftleme operasyonunda lokal anestezi ve rutin cerrahi operasyon riskleri söz konusu olabilir. Kanama bunlardan birisidir. Eğer Aspirin, Coumadin, Plavix gibi pıhtılaşma engelleyici bir ilaç kullanıyorsanız hekiminiz sizi bu ilacı veren doktorunuza yönlendirerek konsültasyon isteyebilir. Planlanan tedavi ve işlemler sırasında birtakım riskler ve komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu riskler; tedavi süresince ağrı ve rahatsızlık hissi, şişlik, enfeksiyon, kanama, morarma, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, temporomandibuler eklem bozukluğu, alerjik reaksiyonlar, ateş yükselmesi, halsizlik, septisemi gibi hayati riskler, sinir yaralanmasına bağlı geçici veya kalıcı olan hissizlik (örneğin alt çenede yapılan ameliyatlarda alt dudak veya dilde oluşabilir) veya felç, mevcut protezlerin çıkarılması ve tedavi sonrasında değiştirilme gereksinimi, membran kullanılmışsa membranın açığa çıkması ve gerekli ise erken dönem alınması, dişlerde sallanma sayılabilir.

Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Diş tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

İleri yaş, şeker hastalığı, beslenme bozukluğu, bağışıklık sisteminin baskılayan ilaçlar/hastalıklar ve sigara başarıyı olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Hiçbir greftleme işleminde %100 başarı garanti edilemez. Başarıyı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin birden fazlası bir arada bulunduğu başarı şansı daha azalmaktadır. İşlem sonrasında yerleştirilen greftin kemikleşmemesi, greftin kaybı, fibröz doku oluşumu, artmış skar dokusu oluşumu görülebilir.

### **5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

İşlem süresi yapılacak operasyonun genişliği, karmaşıklığı, implant sayısı ve işlem esnasındaki komplikasyonlara bağlı değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 1 ile 2 saat arası sürebilmektedir.

### **6. ALTERNATİFLER**

Diş çevresini saran küçük kemik kayıplarında, diş taşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir. Bunun dışında sadece hekime daha iyi görüş ve hastalıklı bölgeye ulaşımı sağlaması amacıyla lokal anestezi (bölgesel uyuşturma) altında yapılan dişeti kesisini takiben dişin üzerindeki dişeti kaldırılır. Bölgedeki

## **AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği** **Kemik Artırma Ameliyatları için (Greftleme) Bilgilendirme ve Onam Formu**

iltihabi dokular ve hastalıklı kök yüzeyleri temizlenir ve hiçbir malzeme koymaksızın dişetleri dikilir (Flep operasyonu). Diş kaybı sonrası uygun vakalarda greft ve implant yapılmadan köprü yapılarak diş eksikliği giderilebilir. Dayanak diş bulunmuyorsa bölümlü hareketli protezlerle (kancalı) veya tam diş eksikliğinde hareketli tam protezlerin (damak olarak bilinen) yapılması gerekebilir. Kemik kaybı çok fazla ise ve greft ile kemik miktarı artırılmayacaksa, protez yapıştırıcıları kullanılarak hareketli tam protezlerin tutuculuğu artırılabilir.

### **7. KULLANILAN İLAÇLAR**

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla öncelikle topikal (yüzeysel) anestezi madde (sprey veya jel) ile dişeti veya ağız mukozası uyuşturulur. Ardından lokal anestezi (bölgesel uyuşturma) uygulanmaktadır. Bölge uyuduğunda anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem olan sedasyon veya genel anestezi uygulaması da gerekebilmektedir. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.

İşlem öncesi, sırasında veya sonrasında antibiyotik, ağrı kesici/antiinflamatuvar ilaçlar, antiseptik gargaralar, nazal dekonjestanlar tablet veya spreylere (burun boşluğunu genişleten ilaçlar), şişmeyi azaltmak için steroid veya kaygını azaltmak için premedikasyon ilaçları kullanılabilir.

Gerekli durumlarda anlaşmalı sağlık kuruluşlarında genel anestezi altında ameliyathane de işlemler yapılabilir. Bu durumda anestezi uzmanı tarafından genel anestezi için gerekli ilaçlar kullanılacaktır. Sedasyon/anestezi ve oda hizmeti ayrıca ücretlendirilmektedir.

### **8. TEDAVİ OLMAZSANIZ**

Diş çevresindeki kemik kayıplarında, diş taşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmadan idame tedavisi altında tutulabilir. Bu durumda ilgili bölgede yıkım devam edebilir ve sonrasında diş kayıpları gözlenebilir. Eğer greftleme işlemi, implant uygulaması için gerekli ise istenilen başarıda implant uygulanamayabilir veya implant uygulaması hiç yapılamayabilir.

### **9. KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ**

Greft uygulanan bölgenin çiğneme kuvvetlerinden ve dilin baskısından korunması önemlidir. Greftin sürekli hareket etmesi kemik oluşumunda başarısızlığa sebep olabileceği gibi yaranın açılmasına ve enfeksiyona da neden olabilir. Ameliyat sonrası doktorunuz tarafından yapılan önerilere uymayı gerekmektedir. Verilen ilaçların düzenli kullanılması, ağız bakımının önerilen şekilde yapılması (ameliyat sonrası diş fırçası kullanılması



## AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği Kemik Artırma Ameliyatları için (Greftleme) Bilgilendirme ve Onam Formu

gibi) önemlidir. Özellikle rutin ağız bakımının günde iki kez fırçalama ve diş arası temizliği için diş ipi veya ara yüz fırçası veya ağız duşu kullanımı yapılan greft ve implantın başarısı için çok önemlidir. Yılda en az bir kez rutin kontrol kesinlikle önerilir.

Sigara içmek yara iyileşmesini ve Greft/implant başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi en az 2 hafta önce sigaranın bırakılmasını ve iyileşme süresince kullanılmamasını önermekteyiz.

Yara iyileşmesinde beslenmenin rolü önemli bir yer tutar. Bu nedenle iyileşme süresince dengeli ve sağlıklı beslenmeye ve bağışıklık sisteminin güçlü tutulması önemlidir.

### 10. GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ

Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Gerekliğinde 0 535 047 23 44 nolu Whatsapp/BİP hattımızdan bize ulaşabilirsiniz.

### HASTANIN veya VELİSİNİN TEDAVİ İÇİN ONAMI

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumumla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız). Benimle ilgili olan tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında olabilecek tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum.

Bana/çocuğuma/yakınıma uygulanacak ilaçlar ve yapılacak tedavi ve uygulamaların AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniğinde, uzman ve diğer hekimler tarafından yapılmasına; burada çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

.....

(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).