



T.C.  
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ  
ORTODONTİ ANABİLİM DALI  
DUDAK DAMAK YARIĞI TEDAVİSİ İÇİN  
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.09

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı: 1/3

Hasta Adı Soyadı : T.C. Kimlik No : Doğum Tarihi : Cinsiyeti : Telefon : E-Posta :	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.
<b>ACİL DURUM VARLIĞINDA TEMASA GEÇİLECEK KİŞİ</b> Adı Soyadı : Telefon :	<b>TEŞHİS</b>
<b>TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ</b> 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	<b>PLANLANAN TEDAVİ</b>

## BİLGİLENDİRME

### Dudak ve/veya Damak Yarıklı Hastaların Tedavisi Hakkında Genel Bilgiler:

1. 0-18 aylık dudak ve/veya damak yarıklı bebekler geldikleri günden itibaren takibe alınırlar. Dudak ve damak yarıklı bebeklerin geldikleri gün beslenmesini kolaylaştırmak ve yarık hatlarını birbirine yaklaştırmak amacıyla beslenme plağı yapılır. Daha sonra hasta haftalık ya da 2 haftalık kontrollerle takip edilir ve yarık hatları birbirine yaklaşır, bebek uygun kiloya eriştiğinde dudak ve burun ameliyatı yapılarak ameliyat sonrası burun içine destek apareyi uygulanır. Damak yarığının ameliyatı ise bebek yaklaşık 12-18 aylıkken yapılır. Hasta bu süre içinde ayda bir veya iki ayda bir kontrollere gelir. Sadece damak yarığı olan bebekler, beslenebiliyorlarsa önce aylık, sonra 3 aylık kontrollere çağrılarak 12-15 ay civarında ameliyata alınır. Beslenemiyorsa beslenme öğretilir, gerek görüldüğünde bu bebeklere de beslenme plağı uygulanır ve sonraki süreç yukarıda anlatıldığı gibi devam eder. Hasta ameliyatlarını geçirdikten sonra 3 aylık kontrollere geçilir ve burun şekillenmesi takip edilir. İlerleyen süreçte kontroller yılda bir düşer ve dişlenme takip edilir. Dişlenmesi takip edilen hastada (7-12 yaş aralığı) gerekli görüldüğünde yarıklı bölgeye kemik ekleme ameliyatı (greftleme) gerçekleştirilip, ortopedik ve/veya ortodontik tedavisine başlanır. Hastanın tüm tedavisinin kliniğimizde gerçekleşmesi gerekmektedir. Herhangi bir nedenle hastanın başka bir kliniğe nakledilmesi söz konusu değildir. Tedavisi başlamış hastaların kayıtları ise hiçbir şekilde kliniğimizin dışına ( üniversite hastaneleri hariç) verilmeyecektir.

2. Randevu günü ve saati dışında gelen hastaya bakılmamaktadır. Önemli mazeretler nedeni ile randevu değişikliği istendiğinde bu isteğin randevu tarihinden önce telefonla bildirilmesi gerekmektedir.

3. Ağız bakımına dikkat etmeyen, apareyini kullanmayan, hekimin tavsiyelerine uymayan ve randevularına düzenli gelmeyen hastaların ameliyatı ve tedavisi gecikir.



**T.C.**  
**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**ORTODONTİ ANABİLİM DALI**  
**DUDAK DAMAK YARIĞI TEDAVİSİ İÇİN**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ**



Doküman kodu: HD.RB.09

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı: 2/3

4. Tedavi süresince doktorun tüm öneri ve talimatlarına uyulması zorunludur.

5. 18 yaşından küçük hastalarda hasta uyumu ile ilgili tüm sorumluluklar tamamen veliye aittir. Veli hastanın diş fırçalaması ve tedaviye uymasını sağlamakla yükümlüdür.

6. Hastanın tedavisi için gerekli olan malzemeleri hasta karşılayacaktır. Malzeme bedelinin hastanın kurumunca karşılanıp karşılanamayacağı kliniğimiz sorumluluğunda değildir.

7. Kullanım sırasında kırılan ve kaybolan apareylerin yenilenme ücreti hastalar tarafından karşılanacaktır. Bu madde resmi hastalar için de geçerlidir.

8-Hastanın tüm kayıtları yurt içi ve yurt dışı bilimsel yayınlarda kullanılabilir.

### TETKİKLER

#### Radyografik Tetkik

Uygulanacak

Bebek hastalardan radyografi alınmamaktadır. Dişlenmesi tamamlanan 5 yaş ve üstü hastalarda gerekli görüldüğü durumlarda radyo- grafi alınmaktadır. Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve destekleyen çevre doku- ların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için panoramik röntgen ve gerekli olursa periapikal filmlerin çekilmesi gerekebilir. Ortodontik probleminiz kesin olarak tespit edilebilmesi ve detaylı tedavi planı yapılabilmesi için lateral sefalometrik film, el-bilek filmi, gerekli görülürse ön-arka yön kafa filmi (postero-anterior filmler) ve okluzal filmler istenebilir. Aktif ortodontik tedavi sırasında, büyüme ve gelişimle, pekiştirme tedavisi esnasında ve bittikten sonra oluşan değişikliklerin incelenmesi için de radyografik tetkik gerekebilir.

**Radyografik tetkik yapılmazsa:** Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografları alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. Olası riskler: Röntgen filmi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

#### Fotoğraf Çekimi ve Model Analizi

Uygulanacak

Ortodontik tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında model ve fotoğraf alınmasının nedenleri; ders, konferans, bildiri ve yayınlarda sunulması, arşiv oluşturulması, tedavi sonuçlarının karşılaştırılabilmesi ve vakaların tanısında kullanılmasıdır.

\*Dudak yarığının ortopedik ve cerrahi tedavisi

Uygulanacak

\*Dudak damak yarığının ortopedik ve cerrahi tedavisi

Uygulanacak

\*Damak yarığının cerrahi tedavisi

Uygulanacak

\*Dişlenmesi tamamlanmış hastanın ortopedik ortodontik tedavisi

Uygulanacak

\*Greftleme (kemik. eklemesi) ameliyatı

Uygulanacak

### TEDAVİDEN BEKLENENLER

Hastanın etkin bir şekilde beslenmesi, yarık hatlarının kapanması, konuşmanın düzeltilmesi, çene gelişiminin yönlendirilmesi, dişlerdeki çapraşıklık giderilmesi, sağlıklı çiğneme fonksiyonunun kazandırılması, dental estetiğin sağlanması, yüz estetiğinin iyileştirilmesidir. Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Hasta etkin şekilde beslenemez. Gelişimiyle birlikte yarık hatları daha da büyür, çene normal gelişimini sürdürmez, hastanın ameliyatı zorlaşır ve ileriki zamanlarda yarığın tekrar açılması söz konusu olabilir. Sağlıklı çiğneme yapılamaz, çene eklemi problemleri ortaya çıkabilir, dişlerdeki çapraşıklık artar, diş eti problemleri ve çürükler oluşabilir. Olası Riskler: Tedavi sırasında hastalar bazı olumsuzluklar yaşayabilir. Takılan apareye bağlı olarak ilk hafta içinde dudak ve yanakta vuruks, yaralar oluşabilir. Uygulanan bantlar hassas bebeklerde yanağı tahriş edebilir ve pomad kullanımı gerekebilir. Ağız bakımı iyi yapılamayan hasta- larda enfeksiyon gelişebilir. Ayrıca ameliyat sonrası düzenli kontrollere gelmeyen hastada burunda deformasyon tekrar oluşabilir, ağız hijyenine dikkat edilmediği takdirde yara iyileşmesi gecikebilir. Bu sıkıntıları kolayca atlatabilmek için hekimin talimatlarına mutlaka uyulmalıdır. Bebeklerde beslenmeden sonra plak ve ağız içi temizlenmediği takdirde enfeksiyona yatkınlık olabilir. Ortodontik tedaviye geçilen hastalarda tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplanmalar ve buna bağlı dişeti çekilmesi ve kemik kayıpları gelişebilir. Bu nedenle dişler ana



**T.C.**  
**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**ORTODONTİ ANABİLİM DALI**  
**DUDAK DAMAK YARIĞI TEDAVİSİ İÇİN**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ**



Doküman kodu: HD.RB.09

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı: 3/3

ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzak- laştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır. Ortodontik tedavi sırasında bazı hastalarda diş köklerinin boyunda bir kısalma (kök erimesi) meydana gelebilir. Eğer ciddi bir kısalma söz konusu ise tedavi hekim tarafından sonlandırılabilir. Yerine uygun tedavi önerilir. Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler: Her ortodontik tedavinin sonunda dişlerde hareket etme ve tedavinin başındaki ilk konuma geri dönme eğilimi söz konusudur. Bu nedenle aktif ortodontik tedavi biter bitmez pasif ortodontik tedavi olan "pekiştirme tedavisi"ne başlanmalıdır. Bu tedavide ya dişlerin iç tarafına sabit olarak bir tel yapıstırılır ya da hastanın takıp çıkarılabileceği bir pekiştirme aygıtı kullanılır. Takıp çıkarılabilen aygıtın hekimin talimatlarına uygun olarak kullanılması tedavi sonucunun kalıcılığı açısından çok önemlidir.

### **ONAY**

Ortodonti Anabilim Dalı'nda yapılacak muayene, tetkik ve radyolojik işlemler için;

Hekimimden ve onunla birlikte çalışan kişilerden diş sağlığım hakkında yeterli ve tatminkar açıklamaları duydum. Bu klinikte konulan teşhisler doğrultusunda tedavilerimin yapılması için ilgili bölümlere yönlendirileceğimi ve tedavim için gereken bilgileri detaylı olarak ilgili bölümlerden alabileceğim konusunda bilgilendirildim.

- Muayene ve değerlendirmelere,
- Radyolojik görüntüleme ve tetkiklere,
- Tedavi için gerekli olan operatif işlemlere,
- Muayene ve radyolojik çekimlerde öğretim üyeleri denetiminde stajyer diş hekimlerinin ve görevli yardımcı personellerin yer almasına,
- Kimlik bilgileri gizli tutularak yapılan tüm işlem ve tedavilere ilişkin yazılı ve görsel kayıtların alınması ve teşhis, takip, bilimsel, eğitimsel veya araştırma amaçlı kullanılmasına,
- Hekimin dış kaynaklı konsültasyon işlemlerine izin veriyorum.

Tedavimin herhangi bir aşamasında uygun bulmadığımda tedavimden vazgeçebileceğimi, tedavi planımda daha ileri bir prosedür gerektiğinde bana bilgi verilmeden bir uygulamaya başlanamayacağımı biliyorum. Muayene ve işlemleri kabul etmemem halinde yazılı olarak başvurarak onamımı geri çekebileceğimi biliyorum. Bu formu imzalamadan önce bu formun bana okunduğunu, tüm boşlukların doldurulduğunu ve bu bilgiler ışığında bana uygulanacak işlemlerin tamamını kabul ediyorum ve Ortodonti Anabilim Dalı hekimlerini tam yetkili kılıyorum.

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığımı, işlemi kabul ettiğimizi '**OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM**' yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

Bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	ADI-SOYADI	TARİH	İMZA
Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi*-Yakınlık Derecesi			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Tercüman (Kullanılması Halinde)			

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