



T.C.  
**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**FLEP OPERASYONU İÇİN**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ**



Doküman kodu: HD.RB.27

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/2

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

**Tedavinin kim tarafından yapılacağı:** Flep operasyonu işlemleri Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora Öğrencileri tarafından yapılmaktadır.

**Tedaviden beklenen faydalar:** Dişeti hastalığının ileri seviyede olduğu durumlarda bu operasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Bu işlem sırasında dişetleri açılarak diş köklerine ve hastalıklı kemiğe daha rahat ulaşılması sağlanır. İltihaplı ve hastalıklı dokular uzaklaştırılıp, diş kök yüzeyleri dikkatle temizlenir ve sonrasında dişetleri eski pozisyonunda dikilir. Dişeti hastalığının tedavisi ile ileride oluşabilecek diş kayıplarının önlenmesi, dişeti iltihabının yok edilmesi, dişeti kanamasının azalması ve sağlıklı dişetlerine kavuşma bu işlemden beklenen faydalardır.

**Tedavinin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:** Diş taşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi ve sık aralıklarla kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir. Ancak dişeti problemleri devam edebileceğinden dişeti çekilmeleri, dişin çevresindeki kemikte kayıplar, dişteki sıcak soğuk hassasiyeti artabilir, kök çürükleri oluşabilir ve hatta devamında diş kayıpları meydana gelebilir.

**Varsa işlemin alternatifleri:** Alternatif tedavi yöntemi yoktur. Devamında hastaya diş taşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemi belirlenen dönemlerde tekrar uygulanabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:** Operasyon öncesinde lokal anestezi\* uygulanır. Operasyon sırasında hafif şiddetle ağrı ve hassasiyet oluşabileceği gibi operasyon sonrasında ağrı, şişlik, enfeksiyonun yayılması, dişlerde ve çevre dokularda his kaybı, komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması, çevre bölgede bulunan sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi, sinüs boşluğunun ağız bölgesine açılması, çene eklemine travmaya uğraması, çene açmada kısıtlılık, çenede ve ağız kenarlarında ezikler ve morluklar görülebilir.

\*Lokal anesteziye duyarlılık, önceden geçirilmiş bir alerji hikayesi, mevcut sistemik hastalıklar (kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon gibi diğer genel sağlıkla ilgili rahatsızlıklar), ya da sürekli kullanılan bir ilaç var ise mutlaka hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak komplikasyonlardan hekiminiz sorumlu değildir.

Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, kanama, geçici ya da kalıcı sinir harabiyeti ve beklenmeyen alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar; kaşıntı, döküntü, bulantı, kusma, solunum zorluğu, kalp atışında artış (taşikardi) veya azalma (bradikardi) çok düşük bir ihtimalle ölüm şeklinde olabilir. Açlık var ise bazen bayılmalara neden olabilir. Eğer lokal anestezi uygulaması yapıldıysa; uygulanan bölgede yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizlik devam edebilir. Bu nedenle ısırma ya da dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar.

**İşlemin tahmini süresi:** Operasyon alanının genişliği, karmaşıklığı ve işlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlara bağlı değişkenlik göstermekle birlikte 30-60 dakika olabilir.

**Kullanılacak ilaçların önemli muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:** Ameliyat öncesi veya sonrası antibiyotik, kanama durdurucu ajanlar, antiinflamatuvar ajanlar, ağız gargaraları reçete edilebilir. Bunları önerilen süre ve şekilde kullanmak gerekmektedir. Önerilen ilaçların prospektüsünde belirtilmiş olan yan etkiler görülebilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Periodontal patlar (yara bölgesini diş etkenlerinden koruma amaçlı kullanılan yara bölgesinde sertleşip bölgenin şeklini alan materyal) gerekli durumlarda kullanılabilir.

**Hastanın Tedavi Öncesi ve Sonrası Dikkat Etmesi Gereken Hususlar ile Dikkat Edilmemesi Durumunda Yaşanabilecek Sorunlar**

**Tedavi Öncesi Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar:** İşlemden önce diş hekiminizin verdiği talimatlara (örneğin, ağız hijyeni, ilaç kullanımı) tam olarak uyunuz. Operasyon öncesi lokal anestezi uygulanacağı için tok olarak gelmeniz önemlidir. Kullandığınız tüm ilaçları (özellikle kan sulandırıcılar gibi) doktorunuza bildiriniz ve talimatlarına göre hareket ediniz. İşlemden en az 24-48 saat önce sigara ve alkol kullanımından kaçınınız, çünkü bu maddeler iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Tedavi öncesi talimatlara uyulmaması durumunda işlem sırasında komplikasyonlar (örneğin, kanama riski artışı, anestezi sorunları) veya tedavi başarısızlığı riski artabilir.

**Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar:** Doktorunuzun önerdiği şekilde ağız bakımını yapınız. İlk 24 saat boyunca diş fırçalamaktan ve işlem bölgesini tahriş etmekten kaçınınız. İlk birkaç gün sert, sıcak, baharatlı veya asitli yiyeceklerden uzak durunuz. Yumuşak ve ılık gıdalar tercih ediniz. Reçete edilen ağrı kesici, antibiyotik veya diğer ilaçları tam olarak belirtilen doz ve sürede kullanınız. İlk 48 saat boyunca ağır fiziksel aktivitelerden ve aşırı efordan kaçınınız, bu kanamayı artırabilir. En az 1 hafta boyunca sigara ve alkol kullanmayınız ya da kullanımını azaltınız, çünkü bu maddeler iyileşmeyi geciktirebilir ve enfeksiyon riskini artırabilir. Dikişlerin olduğu bölgeyi dilinizle, parmağınızla veya herhangi bir cisimle rahatsız etmeyiniz. Doktorunuz aksini



T.C.  
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ  
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI  
FLEP OPERASYONU İÇİN  
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.27

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:2/2

belirtmedikçe ağzınızı çalkalamaktan kaçınınız. Doktorunuzun belirlediği kontrol randevularına düzenli olarak gidiniz. Tedavi sonrası talimatlara uyulmaması halinde: enfeksiyona bağlı işlem bölgesinde ağrı, şişlik, kızarıklık veya iltihaplanma görülebilir. Aşırı kanama riski artabilir ve durdurulması zorlaşabilir. Doku iyileşmesi yavaşlayabilir veya başarısız olabilir, bu da ek tedavilere ihtiyaç duyulmasına yol açabilir. Uygunsuz bakım veya beslenme nedeniyle ağrı şiddeti artabilir. Dikişlerin açılması veya tahriş olması durumunda tekrar cerrahi müdahale gerekebilir.

**Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:** Operasyon sonrası çok sıcak veya soğuk, sert gıdalardan uzak durulmalıdır. Bu süre boyunca sigara içilmemelidir. Atılan dikişler operasyondan 1 hafta sonra alınır. Bir haftalık süreçte verilen ilaç ve gargaralar düzenli kullanılmalıdır. Hekimin önerileri dikkate alınmalıdır. Diş fırçalama, ara yüz temizliği (dişipi/arayüz fırçası) operasyon bölgesine özel olarak önerilen talimatlara ve ağzın diğer bölgelerinde uygulanan rutin hijyen kurallarına uyulmalı ve ihmal edilmemelidir.

**Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği:** Mesai saatleri içerisinde İzmir Demokrasi Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesine, Mesai dışı saatlerde açık olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerine başvurulabilir. Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir.

Öğretim Üyesi, Araştırma Görevlileri, Öğretim Üyeleri ve/veya Araştırma Görevlilerinin gözetiminde 4. ve 5. Sınıf Diş Hekimi öğrencileri tarafından yapılmasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, tedavinin neden gerektiğini, tedaviden beklenen faydaları, içerdiği riskleri ve oluşabilecek problemleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olaylar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

**(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım’ YAZARAK İMZALAYINIZ)**

	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)