



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



Doküman kodu: HD.RB.34

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/2

Sayın Hastamız,

Sizin tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanısı ile tıbbi/cerrahi tedavisi için size önerilen tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmanız ve tedaviye başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik en doğal hakkınızdır.

Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit, aids gibi), kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. Kullanılacak dental materyallerin alerjik reaksiyonlara neden olabileceği unutulmamalıdır. 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. Her aşamada elde edilen bilgiler sizinle paylaşılacak ve sağlıklı bir ağız yapısına sahip olmanız için gerekli önlemler konusunda bilgilendirileceksiniz. Hastanın 18 yaşın altında olması durumunda Hasta Onam Formunu annesi/babası ya da yasal temsilcisi imzalamak zorundadır. Tedavi planının yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Tedavinin kim tarafından yapılacağı: Maksiller sinüs lifting operasyonları işlemleri Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora/Uzmanlık Öğrencileri tarafından yapılmaktadır.

Hastalığın Muhtemel Sebepleri ve Nasıl Seyredeceği ve Tedaviden beklenen faydalar: Sinüs bölgesine komşu dişlerin erken kaybedilmesi veya kronik sinüzit sebebiyle maksiller sinüs sarkması meydana gelebilir. Bu durum implant yerleştirilmesi gibi cerrahi girişimlere engel olabilir, hasta fonksiyon ve estetik kaybı nedeniyle uygun protetik tedaviye ulaşamayabilir. Bu işlem yapılarak daha başarılı bir sert ve yumuşak doku hazırlanarak protetik restorasyonlar yapılabilir.

Maksiller Sinüs Lifting Operasyonları: Sinüsler kafatasındaki hava dolu mukozayla kaplı boşluklardır. Üst çenede yer alan sinüse maksiller sinüs denir. Maksiler sinüs üst çene azı dişleriyle yakın komşuluktur. Bu dişlerin kaybıyla sinüs sarkar, ağız boşluğuna yaklaşır. Dişsiz boşluğa implant gereksinimi olduğunda sinüs cerrahi olarak açılıp mukozası bir miktar yukarıya doğru yönlendirilir, elde edilen boşluğa kemik grefti doldurulup sinüs tekrar eski konumuna getirilmiş olunur. Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenmesi için sizden/refakatinizdeki kişiden röntgen ve/veya bilgisayarlı tomografi (CT) 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.

Tedavinin riskleri ve komplikasyonları: Operasyon sırasında boşluk içinde bulunan yumuşak doku (mukoza) yırtılabilir. Hekiminizin kararına göre işlem ertelenebilir ya da devam edilebilir. İşlem sonrasında nadir de olsa greft ve buna bağlı olarak implant kayıpları görülebilir. Sinüs lifting operasyonunda lokal anestezi ve rutin cerrahi operasyon riskleri söz konusu olabilir. Kanama bunlardan en önemlisidir. 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, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, temporomandibuler eklem bozukluğu, geçici veya kalıcı hissizlik ve alerjik reaksiyonlar, ateş yükselmesi, halsizlik, septisemi sonucu ölüm, sinir yaralanmasına bağlı dokuda geri dönüşlü veya kalıcı olan hissizlik veya felç, mevcut protezlerin çıkarılması ve tedavi sonrasında değiştirilme gereksinimi, dişlerde sallanma, sinüs içerisinde enfeksiyon nedeni ile akut veya kronik sinüzit sayılabilir.

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

Varsa tedavi alternatifleri: Tedavi gerçekleştirilmezse dişsiz boşluk büyüklüğüne ve kapsadığı diş sayısına göre hareketli veya sabit protetik yöntemlerle restore edilebilir. İmplant uygulaması yapılmadan dişsiz boşluklar başka protetik yöntemlerle de restore edilebilir veya restorasyon yapılmadan mevcut durumun devamı tercih edilebilir.

Kullanılacak ilaçların önemli muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar: Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuşturduğunda 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 altında yapılmaktadır. 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



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



Doküman kodu: HD.RB.34

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:2/2

nedenle ısırmağa bağı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonrasında anestetiğin etkisi ortadan kalkar.

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 önerilerine ve verdiği talimatlara (örneğin, ağız hijyeni, ilaç kullanımı) tam olarak uyunuz. Operasyon öncesi lokal anestezi uygulanacağı için aç olarak gelmemeniz ve tok olmanız önemlidir. İşlemden en az 24-48 saat önce sigara ve alkol tüketiminden kaçınınız, kullanımı durumunda iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Tedavi öncesi talimatlara uyulmaması durumunda komplikasyonların gelişebileceğini (örneğin, kanama riski artışı, anestezi sorunları) veya tedavi başarısızlığı riskinin artabileceğini bilmeniz önemlidir.

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar: 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. Operasyon sonrası çok sıcak veya soğuk, sert gıdalardan uzak durulmalıdır. 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 belirtmedikçe ağzınızı çalkalamaktan kaçınınız. Doktorunuzun belirlediği kontrol randevularına düzenli olarak gidiniz. Tedavi sonrası talimatlara uyulmaması halinde: enfeksiyona bağı İşlem 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. Uyumsuz 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: Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağı 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.

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, Doktora/Uzmanlık 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)