



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



Doküman kodu: HD.RB.39

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.

**İşlem Hakkında Bilmeniz Gerekenler ve Tedaviden Beklenen Faydaları:** Apikal rezeksiyon, dişin kök ucundaki iltihaplı kısımın cerrahi olarak uzaklaştırılması ve bölgenin temizlenmesi işlemidir. Yapılan kanal tedavisinin enfeksiyonun giderilmesinde tek başına yeterli olmadığı durumlarda, kök ucundaki apse ve buna bağlı kemik yıkımı büyümeye devam eder. Böyle bir durumla karşılaşınca cerrahi olarak hasarlı dokunun ve kök ucunun alınması gerekebilir.

**Tedavinin kim tarafından yapılacağı:** İşleminiz Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora/Uzmanlık Öğrencileri tarafından yapılmaktadır.

**Tedaviden beklenen faydalar:** Ağrı enfeksiyon odakları kronik apseler ortadan kaldırılır, protetik ve ortodontik tedaviler için ağız hazırlanır. Enfeksiyonun vücudun diğer organlarına yayılarak zarar vermesi engellenir. Yirmi yaş dişleri en son çıkan kalıcı dişler olduğu için, ağızınızda bunlar için yeterli boşluk olmayabilir. Bu da yirmi yaş dişlerinin dişeti dokusunun veya kemiğin altında veya başka bir dişin yanında gömülü kalmasına yol açabilir. Dişler gömülü oldukları takdirde şişme görülebilir. Kısmen çıkmış veya çarpık çıkmış yirmi yaş dişleri de ağrıya, çapraşığa veya hastalığa yol açabilir. Yirmi yaşından önce çekilen yirmi yaş dişlerinin kökleri daha az gelişmiş olacağı ve bu yaşlarda yapılan diş çekimleri daha az komplikasyonlara neden olabileceği için yirmili yaş dişleri için 16 ve 19 yaşları arasında muayene olunması tavsiye edilmektedir.

**İşlemin Tahmini Süresi:** Şartlara göre değişkenlik göstermekle birlikte 30-90 dk sürebilir.

**Tedavi Öncesi Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar:** Hekiminizin uygun gördüğü ilaç tedavisini tedavi başlangıcında ve tedavi sonunda uygulamanız gerekmektedir. Hekiminiz aksini önermedikçe diş çekimi işlemine tok gelmeniz gerekmektedir.

**Tedavi Alternatifleri:** İlgili dişin kanal tedavisinin yenilenmesi veya dişin çekilmesidir. Bu durumda fonksiyon ve estetik sorunlar ortaya çıkabilir. Çekilen dişin yerine standart protez veya implant uygulamaları yapılabilir veya boş kalabilir.

**Tedavinin Riskleri ve Komplikasyonları:** Uygulanan cerrahi tedaviler ve girişimler sırasında lokal anesteziye\* bağlı komplikasyonlar gelişebileceği gibi cerrahi tedavinin doğasında olan rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Bu risklerden başlıcaları arasında; ağrı, şişlik ve rahatsızlık hissi, enfeksiyonun yayılması, kanama, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, çene eklemlerinde travma, çene açmada kısıtlılık, alerjik reaksiyonlar, ateş, halsizlik, sinir yaralanmasına bağlı dokuda geri dönüşlü veya kalıcı olan hissizlik, mevcut protezlerin çıkarılması ve tedavi sonrasında değiştirilme gereksinimi, operasyonun istenilenen ve hedeflenen başarıya ulaşmaması sayılabilir.

\* İnsan vücudunda his iletimi yapan sinirlerin, belirli bir bölgesinin, anestezi maddelerle (lidokain, mepivikain vb.) geçici süre iletim yapılmasının engellenmesidir. Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi; kullanılan anestezi maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. İşlemin amacı: Yapılacak olan girişimler sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır. Olası yan etki ve riskler: Hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak işlemi yapacak doktorunuza söylenmelidir. Aşırı derecede alkol kullanımı anestezinin etkisini azaltabilir. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açmada güçlük oluşabilir, bu durum 2-3 hafta içerisinde kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. İğnenin yapıldığı yerde (1 haftaya kadar) ağrı oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesinden dolayı geçici yüz felci, geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, yutkunma güçlüğü, kulak memesi burun ve dil uyuşukluğu, şişlik veya yüzde renk değişikliği gibi yan etkiler oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir. Hasta anestezili bölgeyi kaşır, ısırır, ya da çiğnerse



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



Doküman kodu: HD.RB.39

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:2/2

kendi kendine yara oluşturabilir. Anestezi bazen istenilen uyuşmayı sağlayamayabilir ve bu durumda tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte vücuttaki tüm doku ve organları etkileyen şiddetli alerjik reaksiyon görülebilir. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 5 dakikadır.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Lokal anestetik maddenin tansiyon düşüklüğü, yüksekliği, kalp ritmi bozuklukları, alerji gibi yan etkileri olabilir. Dokuya uyumlu kanama durdurucu ajanlar 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 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 bağlı 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. Uygunsuz bakım veya beslenme nedeniyle ağrı şiddeti artabilir. Dikişlerin açılması veya tahriş olması durumunda tekrar cerrahi müdahale gerekebilir.

**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.

**İlaç Kullanımı:** Sadece hekiminizin önerdiği ilaç ve/veya ilaçları doz önerilerine azami dikkat ederek kullanınız.

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)