

BİYOPSİ ALMA İŞLEMİ

HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Hasta/ Hasta yakını/ Yasal Temsilcisi;

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Açıklayamadığımız her durum hakkında soru sorunuz, açıklamaktan memnuniyet duyacağız. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI:

PLANLANAN TEDAVİ, TAHMİNİ SÜRE:

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Ağız içi veya çevre dokularda gelişmiş veya gelişmekte olan bir takım lezyonların kesin tanılarının konulabilmesi için lezyondan örnek almak ve alınan örneğin patoloji laboratuvarında patolog tarafından değerlendirmek gerekmektedir. Lezyondan örnek alma işlemi biyopsi olarak adlandırılmaktadır. Bu işlemler cerrahi müdahalelerdir ve tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi bir takım riskler taşır.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

Biyopsi işlemi çoğu zaman lokal anestezi altında yapılabilirken bazen genel anestezi de gerekebilmektedir. Biyopsi almak için standart cerrahi malzemeler çoğu zaman yeterli olurken bazen özel iğne veya farklı örnek toplama cihazları kullanılmaktadır. İşlem sahasına kendiliğinden eriyebilen veya eriyemeyen dikişler uygulanarak işlem sonlandırılır. İşlem sonrasında birkaç seans kontrol randevularına gelmek gerekmektedir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Biyopsi işleminin alternatif tedavileri lezyonu teşhisi için daha farklı laboratuvar (iğne ile aspirasyon, sürüntü alma) veya ileri radyolojik tetkiklerin uygulanmasıdır. Size uygun seçenekleri, avantaj ve dezavantajlarını hekiminize danışabilirsiniz.

İŞLEME AİT OLASI KOMPLİKASYONLAR

İşlem sırasında veya sonrasında aşağıda sıralanan istenmeyen olaylar ile karşılaşabiliriz. Ancak, bunlara karşı her türlü önlemi aldığımızı bilmenizi isteriz. Her türlü tedbire rağmen bu olasılıklarla karşılaştığımızda da gereken müdahaleyi yapacağımızı da beyan ederiz.

1. Cerrahi işlemden sonra kanın doku arasına birikmesi nedeniyle hematom, damarsal sıvıların doku arasına birikmesi nedeniyle de ödem (şişme) meydana gelebilir.
2. Hematom ve ödem (şişlik) bağlı olarak enfeksiyon gelişebilir.

3. Operasyonu takiben geçici veya kalıcı sinir yaralanmaları ile karşılaşılabilir.
 4. Operasyon sonrası birkaç saati aşan kanama probleminiz söz konusu olabilir. Ameliyat sonrasında oluşan kanamaların durdurulması için lokal anestezi altında tamponlama veya diğer bir işlem gerekebilir.
 5. Operasyonu takiben bölgesel olarak yüzde, yanakta, çene altında, çene altı bölgelerde ekimoz ve hematoma bağlı (doku arasında kan birikimi) sararma ve morarmalar oluşabilir. Bunlar genellikle birkaç gün içinde kendiliğinden geçer.
 6. Operasyon sonrası sıkça tükürmeye, ağız bakımına dikkat etmemeye, operasyon bölgesinde yemek artıklarının birikmesine ve sigara içmeye bağlı olarak sahada enfeksiyon meydana gelebilir.
- Yukarıdaki risklerden dolayı hastanın, hekiminin direktiflerine uyulması ve işlem esnasında ani hareketlerde bulunulması önemlidir.

LOKAL ANESTEZİ HAKKINDA BİLGİ

Biyopsi alınırken ilgili bölgeyi uyuşturmak amacıyla lokal anestezi uygulanabilir. İşlemin yerine göre dental enjektör ile doku içine anestetik solüsyon zerk edilir. Hastanın bilinci yerindedir. Ağrının tamamen kaldırılamadığı durumlarda ilave anestezi yapılması veya yardımcı anestezi tekniklerinden yararlanması gerekebilir.

Olası riskler: Kısa süreli anestezi yapılan bölgede beyazlama, alt çenede yapılan anestezilerde elektrik çarpma hissi, kısa süreli dudak kayması, gözün tek taraflı olarak geçici bir süre kapatılmaması / az kapatılabilmesi (uyuşukluk geçinceye kadar), kalbinizin hızlı atması, tedirginlik hali, alerji, anafaksi (hayatı tehdit edici ileri derecede alerji durumu) gibi durumlarla karşılaşılabilir.

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Biyopsi başarı şansı yüksek bir tedavi yöntemidir. Bazen örneğin lezyonun istenen kısmından alınamaması sebebi ile işlemi tekrarlamak gerekebilir.

İŞLEMİ REDDETME DURUMUNDA OLASI SONUÇLAR HAKKINDA BİLGİ

Hastanın tedaviyi kabul etmediği durumlarda lezyonun kesin teşhisi sağlanamayacak ve bazen uygun tedavinin uygulanması mümkün olmayacaktır. Hastanın tedaviyi kabul etmemesinden kaynaklanan tüm sonuçlardan hastanın kendisi sorumludur.

YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- Hekiminizin sözlü ve/veya yazılı olarak yaptığı önerileri dikkatlice dinleyiniz ve önerileri uygulayınız.
- Hekiminiz ilaç reçete etti ise ilaçlarınızı düzenli olarak, saatinde kullanınız.
- Dudaklarınızı kaldırarak yara yerini incelemeye çalışmayınız ve baskı uygulamayınız. Aksi halde dikişlerinizin açılma olasılığı mevcuttur.
- Şişliği azaltmak için operasyon yapılan bölgeye operasyon sonrası 12 – 18 saatlik süreçte dışarıdan buz uygulayınız. Buzu 10 dakika uygulayıp 10 dakika yüzünüzden çekiniz.
- Ertesi günden itibaren ılık tuzlu su veya doktorunuzun önereceği preparat ile gargara yapınız.
- Ilık ve yumuşak gıdalar yiyiniz. İlk birkaç gün çiğneme yapmamaya çalışınız.
- Dişlerinizi fırçalayınız ancak, fırçalarken özellikle operasyon bölgesine dikkat ediniz.

- İlk birkaç gün şişlik (özellikle operasyon sonrası ikinci gün daha fazla olacak şekilde), hafif kanama ve renk değişimi normaldir. Bu bulgular zamanla azalarak kaybolur.
- Doktorunuz önerdiği ilaçları düzenli olarak kullanınız.
- Beklenmedik bir durumda (aşırı kanama, şişlik ve ateş artışı) doktorunuza başvurunuz.
- 1 hafta sonra dikişlerinizi aldırınız.
- İlgili bölgede günler ya da haftalar sürebilen his kaybı söz konusu olabilmektedir.
- Kontrol randevusu verildi ise randevu saatinde tekrar kliniğe geliniz.

HEKİME ULAŞIM BİLGİLERİ

Tedavilerinizle ilgili yardım veya bilgiye ulaşmak için aşağıdaki numarayı arayabilirsiniz.

Tel:.....

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan diş hekimi tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kayb olduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın yakını/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

Hasta
Adı-Soyadı (el yazısı ile)..... İmza Tarih / Saat

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın yakını / yasal temsilcisi
Adı-Soyadı (el yazısı ile)..... İmza Tarih/ Saat

Hastanın onay verememe nedeni (Dişhekimi dolduracak):

.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi işlemi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, işlem sonrası gereken bakım, beklenen riskler, işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, yapılacak işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Dişhekimi
Adı Soyadı :..... İmza Tarih/ Saat

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya dişhekimi tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın
Adı Soyadı (el yazısı ile) : İmza Tarih/ Saat