|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AMELİYAT ONAM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-231 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hastanın Adı-Soyadı:** | **Tarih:****Adres ve Telefon:** |
| **Dosya No:** |
| **Cinsiyeti:** |
| **Doğum tarihi:** |

 **Tanı: ………………………………………………………………….**

 **Tedavi Seçenekleri: ………………………………………………………………….**

 **Yapılan Tedavi: ……………………………………………………………………**

 Lokal Anestezi Sedasyon Genel Anestezi

Seçilen tedavi sırasında ve/veya sonrasında oluşabilecek sorunlar (komplikasyonlar):

* Operasyon sonrası evde istirahati gerektirecek ağrı ve şişlik
* Uzun süre devam edebilecek kanama
* Komşu dişler, dolgular veya protezlerin zarar görmesi
* Operasyon sonrası oluşan, ek tedavi gerektiren enfeksiyon
* Tedavinin başarısız olması, tekrar tedavi gereksinimi veya mevcut durumun kötüye gitmesi
* Ağız kenarlarının gerilmesine bağlı olarak ağız köşesinde çatlak ve yara oluşumu
* Gerekli durumlarda kırılan kökün bırakılması
* Çenenin kırılması
* Dudakta, çene ucunda, diş etlerinde, yanakta dişlerde ve/veya dilde geçici veya kalıcı uyuşukluk olması
* Sinüsün (üst çenedeki dişlerin üzerinde çene kemiği içerisinde bulunan boşluk) ağız ile ilişkili hale gelmesi sonucunda ek cerrahi girişimler gerektirmedi
* Yüz sinirlerinde geçici veya kalıcı felç oluşması
* Dişetinde ve/veya yüzde skar (yara izi) oluşması
* Uygulanan ilaçlara bağlı hayati tehlike oluşturabilecek ve acil tedaviyi gerektirecek durumların gelişmesi
* Diğer…………………………………………………………………………

a) Hastanın durumu

Ana hatları ANAMNEZ VE MUAYENE FORMU'NDA yer alan ve bana anlatılan plan doğrultusunda, benim f çocuğumun ağız diş sağlığı durumu hakkında bilgi sahibi oldum.

b) Önerilen tedavi ve müdahaleler hakkında bilgi

Bana anlatılan plan doğrultusunda, önerilen tedavi ve müdahaleler hakkında bilgi sahibi oldum.

• Uygulanacak cerrahi işlem ve olası komplikasyonlara yönelik detaylı bilgi verildi ve onayım alındı.

• Kliniğinizde kaldığım (veya hastamın klinikte kaldığı) süre içinde ödemem (veya hastamın ödemesi) gereken bütün ücretleri ödeyeceğimi yükümlenirim.

• İlgili hekimin gerekli göreceği bütün cerrahi ve tıbbi işlemlerle ve gerekli ise genel anestezi / sedasyon uygulamasını kabul ediyorum.

• Mevcut sistemik hastalıklarım hakkında hekime açık ve detaylı bilgi verdim.

• İlaç bağımlılığım (Eroin, kokain vb) yoktur ve kullandığım İlaçlar hakkında hekime bilgi verdim.

• Muayene ve tedavilerimizle ilgili olarak kliniğinizde düzenlenen gözlem notlarını, hasta dosyalarını ve fotoğrafları istemeyeceğimi kabul ederim.

**BU FORMU OKUDUM VE İÇERİĞİNDEKİ TÜM TERİMLERİ VE KELİMELERİ ANLADIM. Tarih:**

**Hastanın Adı-Soyadı: İmza:**

**Hastanın Velisi/Vasisi Adı-Soyadı: İmza:**

**Doktor Adı Soyadı: İmza:**