**BİLMENİZ GEREKENLER**

* **Kök Rezeksiyonu Uygulanacak ( )**

 Lokal anastezi altında yapılan dişeti kesisini takiben çok köklü dişin üzerindeki dişeti kaldırılır. Turla dönen aletin ucuna takılan frez yardımıyla alınması planlanan kök kesilerek çıkarılır. Hasta için kolay temizlenebilir bir alan oluşturmak için elmas frezlerle düzensiz kenarlar düzeltilir, bölgedeki iltihabi dokular ve geride bırakılan köklerdeki hastalıklı kısımlar uzaklaştırılır. Dişeti dikilir, pembe renkli koruyucu madde ile operasyon bölgesi örtülür. Operasyondan bir hafta sonra bu koruyucu madde ve dikişler alınır. Kök rezeksiyonu yapılacak dişe, operasyondan önce kanal tedavisi yapılması zorunludur.

* **Hemiseksiyon Uygulanacak ( )**

 Lokal anastezi altında yapılan dişeti kesisini takiben çok köklü dişin üzerindeki dişeti kaldırılır. Turla dönen aletin ucuna takılan frez yardımıyla alınması planlanan kök ait olduğu kron (dişin ağızda görünen parçası) kısmı ile beraber kesilerek çıkarılır. Elmas frezlerle düzensiz kenarlar düzeltilir, bölgedeki iltihabi dokular ve geride bırakılan köklerdeki hastalıklı kısımlar uzaklaştırılır. Dişeti dikilir, pembe renkli koruyucu madde ile operasyon bölgesi örtülür. Operasyondan bir hafta sonra bu koruyucu madde ve dikişler alınır. Hemiseksiyon yapılacak dişe, operasyondan önce kanal tedavisi yapılması zorunludur. Ağızda bırakılan dişin yarısı yapılacak proteze desteklik sağlar veya tek başına restore edilir.

* **Yönlendirilmiş Doku Rejerasyonu Uygulanacak ( )**

 Lokal anastezi altında yapılan dişeti kesisini takiben çok köklü dişin üzerindeki dişeti kaldırılır. Bölgedeki iltihabi dokular ve hastalıklı kök yüzeyleri temizlenir. Ardından iyileşmeyi bozacak dişetinin kemik ve diş yüzeyi arasına göç etmesini engellemesi için eriyebilen veya erimeyen bir membran kemik defektini örtecek şekilde yerleştirilir. Dişeti dikilir. Yaklaşık iki hafta sonra dikişler alınır. Kullanılan membran erimeyen tip ise, 6-8 hafta sonra ikinci bir ufak cerrahi işlemle membran çıkarılır, eriyen tip ise ikinci bir cerrahiye ihtiyaç yoktur. YDR tedavisi esnasında hekimin tercihine ve ihtiyaca göre membran altına kemik yapımını arttıracak greftmaddesi de konabilir.

* **Tünel Operasyonu Uygulanacak ( )**

 Lokal anastezi altında yapılan dişeti kesisini takiben çok köklü dişin (genelde alt azı dişleri) üzerindeki dişeti kaldırılır. Bölgedeki iltihabi dokular ve hastalıklı kök yüzeyleri temizlenir. Hastanın ufak arayüz fırçaları kullanarak etkin bir şekilde iki kök arasını temizleyebilmesi için gerekirse diş ve kemik dokusu elmas frezler kullanmak suretiyle uzaklaştırılır. Dikişler dişler arasından değil, kökler arasından geçecek şekilde atılır. Dikişler 1 hafta sonra alınır.

 **1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Dişte mobilitenin (sallanma) son bulması ve daha temizlenebilir bir diş yüzeyi sağlar.
* Daha rahat, sağlıklı, estetik bir protezin yapılması sağlanır.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Tedavi uygulanmadığında mukogingival, sert ve yumuşak doku problemleri çözülmediği için ilgili bölgede yıkım ve sorunların artması ile birlikte diş kayıpları da görülebilir.

**3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Diştaşı temizliği ve rutin kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir.
* Yukarıda sayılan tedavi tipleri vakaya uygulanabilir olmak şartıyla ayrı ayrı birbirine alternatif olarak kullanılabilir.
* Sadece hekime daha iyi görüş ve hastalıklı bölgeye ulaşımı sağlaması amacıyla lokal anastezi altında yapılan dişeti kesisini takiben çok köklü dişin üzerindeki dişeti kaldırılır. Bölgedeki iltihabi dokular ve hastalıklı kök yüzeyleri temizlenir ve hiçbir malzeme koymaksızın dişetleri dikilir (flep operasyonu).
* İlk üç madde de yer alan tedavilerin hiçbirine yanıt vermeyecek dişler çekilir.

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Tedavi sırasında lokal anestezi uygulaması (sprey, jel veya enjeksiyon ile uyuşturma) gerekebilir.
* Lokal anesteziye karşı önceden geçirilmiş bir alerji geçmişiniz varsa, kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon ve diğer genel sağlıkla ilgili bir rahatsızlığınız varsa mutlaka hekiminizi uyarınız. Yanlış beyan nedeni ile olabilecek sorunlardan hekiminiz sorumlu değildir.
* Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, 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.
* Dişeti tedavisi mevcut protezlerin çıkarılmasını ve dişeti tedavisi sonrası bu protezlerin yenileri ile değiştirilmelerini gerektirebilir.
* İlk 1-2 günde ağrı, kanama, hafif şişlik, abse ya da deride renk değişimi (ekimoz) oluşabilir (Bunları engellemek için hekimin tavsiyelerine maksimum derecede uyulmalıdır).
* Dişeti hastalığının şiddetine göre dişlerde aralanma, dişeti çekilmesi, dişlerin arasına daha kolay gıda birikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilir.
* Tedavi sonrasında dişlerde hava alma, sıcak-soğuk hassasiyeti oluşabilir.
* Tedavi sırasında dişlerde geçici bir dönem sallanma artışı oluşabilir.
* Dişlerin üzerine bastırınca hafif ağrı hissedilebilir.
* Canlı bir doku olan dişetinin yapılan tedaviye verdiği yanıt (iyileşme) hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bu yüzden tedaviye yanıt alınamayan durumlar olabilir ve tekrarlayan seanslar gerekebilir.
* Bazı dişeti tedavilerinden sonra dokuların tamiri 3-4 hafta sürebilmektedir. Bu nedenle dişeti tedavisi sonrasında protez yapımı için 1 ay kadar beklenmesi gerekebilir.
* Gerekli dişeti tedavilerinden sonra ilk kontrol randevusu 3 ay sonra, takip eden kontroller genelde 6 ay aralıklarla yapılmaktadır.
* Bu tedavi sonucunda tam iyileşme olabileceği gibi, gerekli görülen durumlarda ileri periodontal cerrahi tedaviler de önerilebilir

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

* İşlemin tahmini süresi, dişin durumuna ve hastanın uyumuna göre tek seans veya birkaç seansta yapılabilir. Normal şartlarda tedavi 45 dk ile 1 saat arasında sürebilir.

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız.
* Doktorunuzun aşağıda yazdığı önerilere uyunuz.
* Dikişler önden atılır, dikişler alınmaz. Antibiyotik, ağrı kesici, gargara kullanılmalı.
* Önerilerin dikkate alınması ve hasta uyumu çok önemlidir.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

......................................................................................................................................................................... Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar,greft-membran materyali, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.

 **8**. **HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

Kök rezeksiyonu, Hemiseksiyon, Yönlendirilmiş Doku Rejenerasyonu (YDR) ve Tünel operasyonunun ne oluğu, ne için yapıldığı, tedavi sonrasında karşılaşılabilecek problemler; kök rezeksiyonu, hemiseksiyon, YDR ve tünel operasyonu ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim ve bunun sonucunda bana:

 Opere edilen bölgenin uygun şekilde iyileşebilmesi için yapılması gereken günlük ağız bakımı konusunda bilgilendirildim ve talimatlar doğrultusunda bu bakımı yapmayı kabul ettim. Operasyon sonrası 3-4 hafta boyunca kesinlikle sigara içilmemesi gerektiği konusunda bilgilendirildim ve bu süre zarfında içmeyeceğimi taahhüt ettim. Ayrıca doktoruma periyodik kontrollere geleceğime söz verdim. Cerrahi işlem sonrası oluşan herhangi bir problem konusunda doktorumu bilgilendirmek benim sorumluluğumdur.

 Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Periodontoloji Kliniği’nde Prof. Dr, Dr. Öğr. Üyesi, Öğr.Gör., Araş. Gör. ünvanına sahip hekimlerin gözetimi altında stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına; eğitim ve bilimsel amaçlı radyografi, fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

**Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı ,işlemi kabul ettiğinizi‘ OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve imzalayınız:**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İlgili Kişi** | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İmza** |
| **Hasta /Hasta Yakını\*** |  |  |  |
| **Doktor** |  |  |  |
| **Tanıklık eden** |  |  |  |
| **Hastane İletişim** | 0416 225 19 20 |

*\**Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.