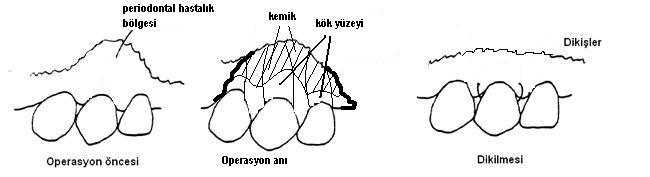
**BİLMENİZ GEREKENLER**

Flep operasyonu uygulanacağı zaman yapılacak cerrahi işlem operasyon bölgesine lokal anestezi yapılmasıyla başlar. Sonra operasyon bölgesinde dişetine bistüri ile kesi yapılıp dişeti kaldırılır. Kökler etrafındaki iltihabi dokular temizlenir. Kök yüzeyi el aletleri ile düzleştirilir, eğer gerekli görülürse kemik düzeltilmesi de yapılıp dişeti kemiğe uygun olarak şekillendirildikten sonra dikiş atılır, gerekli görülürse antibiyotik tedavisi verilebilir. 7-10 gün sonra dikişler alınır.



**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Diş eti iltihabının azalması veya geçmesi, diş eti hastalığının durdurulması, kanamanın azalması, sağlıklı diş ve dişetlerine kavuşma, diş kayıplarının önlenmesi.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi ve sık aralıklarla kontrollerin dışında hiçbir tedavi yapılmayabilir.
* Dişeti problemleri devam edebileceğinden dişeti çekilmeleri, dişteki sıcak soğuk hassasiyeti artabilir, kök çürükleri oluşabilir ve hatta diş kayıpları meydana gelebilir.

**3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

**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**

* Operasyon esnasında dişler uyuşturulur. Atılan dikişler 1 hafta sonra alınır.
* Bir haftalık süreçte verilen ilaç ve gargaralar düzenli kullanılmalıdır. Çok sıcak veya soğuk, sert gıdalardan uzak durulmalıdır. Hekimin önerileri dikkate alınmalıdır
* Diş fırçalama, ip, ara yüz bakımı ihmal edilmemelidir.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................. (Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

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**

Flep operasyonunun ne olduğu, ne için yapıldığı, tedavi sonrasında karşılaşılabilecek problemler, flep tedavisine alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim ve bunun sonucunda bana flep operasyonu yapılmasına izin verdim. Operasyon sonrasında diş hekimimin tarif ettiği bakım kurallarının tümüne uymayı kabul ettim. **Operasyon Bölgesinin ve Tüm Ağzın Günlük Bakımı için Onay:**

Operasyon bölgesinin 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, sigara içmem durumunda tedavinin başarısız olma olasılığının yüksek olduğu 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.