**BİLMENİZ GEREKENLER**

 Lokal anastezi altında yapılan dişeti kesişini takiben dişlerin üzerindeki dişeti kaldırılır. Turla dönen aletin ucuna takılan frez yardımıyla gerekli miktarda kemik dişin çevresinden kaldırılır. Bu işlem kaldırılacak kemiğin miktarına göre el aletleri ile de yapılabilir. Dişeti dikilir, pembe renkli koruyucu madde ile operasyon bölgesi örtülür. Gerekli görüldüğü takdirde antiseptik ağız gargarası ve antibiyotik verilebilir. Operasyondan bir hafta sonra bu koruyucu madde ve dikişler alınır.

**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Sağlıklı (boyut, renk ve kıvamında) dişetlerine kavuşma, kanamanın azalması, kötü koku, çiğneme problemlerinin ortadan kalkması, estetiğin düzeltilmesidir.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Dişeti düzensizlikleri gelişebilir veya kemik kaybı devam edebilir.

**3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Hiçbir tedavi uygulanmaması
* Ortodontik olarak dişin sürdürülmesi veya bazı durumlarda kombine olarak dişlerin gömülmesi ve protetik restorasyon.

**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.
* Önden dikiş atılır, dikişler alınmaz. Antibiyotik, ağrı kesici, gargara kullanılır. Önerilerin dikkate alınması ve hasta uyumu çok önemlidir.

**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**

 Rezektif kemik cerrahisiyle birlikte kron boyu uzatma işleminin ne olduğu, ne için yapıldığı, tedavi sonrasında karşılaşılabilecek problemler ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim ve bunun sonucunda bana rezektif kemik cerrahisiyle birlikte kron boyu uzatma işleminin yapılmasına izin verdim. Operasyon sonrasında diş hekimimin tarif ettiği bakım kurallarının tümüne uymayı kabul ettim.

**Operasyon Bölgesinin ve Tüm Ağzın Günlük Bakımı için Onay**

 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:**

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

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

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

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