|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Açıklama: Açıklama: http://adiyaman.edu.tr/content/image/adyu-logo.png | **ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ – (ADYÜ)****Diş Hekimliği Uygulama Ve Araştırma Merkezi****Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi ABD****Buton Uygulama Rıza Belgesi** |  |
| Doküman Kodu:H.HB.RB.01 | Yayın Tarihi01.07.2022 | Revizyon Tarihi:02.11.2023 | Revizyon No.01 | Sayfa No:1/2 |

**BİLMENİZ GEREKENLER**

 Gömülü kanin dişin ark üzerinde ideal pozisyonuna getirilebilmesi amacıyla gerekli dişlerin( genellikle üst 1. küçük azı) çekimini takiben sabit ortodontik tedavi uygulanması planlanır. Ankrajı arttırmak amacıyla üst 1. büyük azı dişlere yerleştirilen bantlara lehimlenen paslanmaz çelik telden bükülerek hazırlanan transpalatinal arkın hasta ağzına yerleştirilmesini takiben gerekli dişler çekilir. 1. küçük azı dişlerinin çekiminden sonra braketler yapıştırılır. Nikel titanyum ark telleri ile alt ve üst arkların seviyelenmesine başlanır.

Üst dişlerin seviyelenmesini takiben cerrahi olarak gömülü kanin dişin üzeri mukoperiostal flep ile kaldırılır ve diş kronu üzerindeki kortikal kemik düşük hızlı frez yardımıyla uzaklaştırılır. Kan ve tükürükten izole edilen kron üzerine ortodontik kuvvet uygulamak amacıyla buton (metal tutucu/braket) yapıştırılır. Yara tamir dokusunun bir süre sonra braketin üstünü örtmesi bekleneceğinden dışarıya uzanacak ince çelik teller bükülür. Daha sonra flep önceki pozisyonuna uygun olarak kapatılıp suture edilir. Cerrahi müdahaleden yaklaşık bir hafta sonra süturlar alınır ve ortodontik traksiyona başlanır.

**1.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Dişlerdeki çapraşıklığın giderilmesi,
* Çene kemiklerinin düzeltilmesi,
* Sağlıklı çiğneme fonksiyonunun kazandırılması,
* Dental estetiğin sağlanması,
* Yüz estetiğinin iyileştirilmesi.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Sağlıklı çiğneme yapılamaz, eklem problemleri ortaya çıkabilir, dişlerdeki çapraşıklık düzelmez, istenmeyen hareket ve alışkanlıklar gelişebilir.

**3. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Hastanın herhangi bir tedavi seçeneğini kabul etmediğinde sadece periyodik kontrolünün yapılması,
* Gömülü kanin dişlerinin çekimi ve boşluğun protetik olarak rehabilitasyonu,
* Gömülü dişin oto transplantasyonu,
* Gömülü dişlerin çekimi ve boşluğun ortodontik olarak kapatılması

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Ameliyat esnasında, çene kemiğine ulaşmak için ağız içinden veya cilt üzerinden bir kesi yapılır. Herhangi bir cerrahi müdahaleye bağlı gelişebilecek cerrahinin kendisinden kaynaklanan rahatsızlık, ameliyat sonrası ağrı, ödem, ağız içi ve burundan kanamalar görülebilir.
* Cerrahi işlem sırasında veya sonrasında bu kadarla sınırlandırılmamakla beraber enfeksiyon, cerrahi bölgede veya yüzünüzde renk değişikliği (morarma), çene ekleminin hasarı veya spazmı, yavaş iyileşme vb durumlar izlenebilir.
* Cerrahi alana yakınlığından ötürü ilgili bölgeden geçen sinirlerin zarar görme ihtimali vardır. Bu durumda geçici veya kalıcı hissizlik gözlenebilir.
* Cerrahi işlem sırasında sinüs veya burun boşluğunun açılması ve kemik kırıkları oluşabilir, yutkunma güçlüğü yaratabilir.
* Dudak, yanak ve dilde yaralar oluşabilir. Ağız bakımı zorlaşabilir. Kimi zaman da braketlerin kopması, tellerin kırılması gibi istenmeyen durumlar gelişebilir. Bu sıkıntıları kolayca atlatabilmek için hekimin talimatlarına mutlaka uyulmalıdır.
* Tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplar ve buna bağlı dişeti çekilmesi ve kemik kayıpları gelişebilir. Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra mutlaka düzenli olarak fırçalanmalıdır.
* **Hematom:** Cerrahi işleme bağlı cilt altında damarların daralmasına bağlı olarak renk değişikliği (morarma) görülebilir.

**Lokal komplikasyonlar:** Anestezinin başarısızlığı, iğnenin kırılması, iğnenin yutulması veya aspirasyonu, damak mukozası nekrozu, amfizem, ağrı, hematom oluşması, fasiyal paralizi, geçici veya kalıcı paralizler, trismus, enfeksiyon. **Genel komplikasyonlar**: Senkop, kardiyak arrest, hiperventilasyon, anaflaktik şok. Hekim tedaviye başlamadan önce herhangi bir tıbbi sorununuz, bulaşıcı hastalığınız veya kullanmış olduğunuz bir ilaç var ise mutlaka hekiminizi bilgilendirin.

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:**

* Yaklaşık 45 dk.

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır.
* Kullanılan apareyler ve teller fırçalamayı güçleştirir. Bu nedenle dişlerde çürük riski ve dişeti hastalığı riski artar. Hasta, dişlerini günde en az 3 kere dikkatlice fırçalamalıdır.
* Bunun için hasta, diş fırçasını okul, işyeri gibi yerlerde de yanında bulundurmalıdır. Özellikle, dişin dişetine yakın bölgeleri de fırçalamaya dâhil edilmelidir. Aksi takdirde, diş çürükleri, dişlerde lekelenmeler ve dişeti problemleri oluşur. Bu aşamada oluşan ve çok derin olmayan diş çürükleri ağrıya neden olmasa bile, ileride braket çevresinde kalıcı renklenmelere neden olur. Bu durum estetiği olumsuz

yönde etkileyecektir.

* Braketleri de fırçalamak gerektiği için özel ortodontik diş fırçaları kullanılabilir. Bazı durumlarda, hekim ara yüz fırçası tavsiye edebilir.
* Braketler, dişe ilk yapıştırıldığında ağız içindeki yumuşak dokularda (dudak, yanağın iç yüzeyi gibi) hassasiyet oluşturabilir.
* Hasta,bunun için ilk zamanlarda braket üzerine mum yapıştırabilir. Bu hassasiyet zamanla ortadan kalkacaktır. Randevuları takiben ilk bir hafta içerisinde dişlerde hafif ağrılar olabilir, bu normaldir, hasta bu durumlarda ağrı kesici kullanabilir.
* Hasta, bu süreçte akla gelebilecek her türlü sert yiyecekten (sert ekmek,cips, kabuklu kuruyemiş, şeker, çekirdekli ve sert meyveler..vb.), dişlere yapışan yiyeceklerden (lokum, sakız, çikolata...vb.), asitli içeceklerden (kola, portakal suyu, enerji içeceği..vb.) ve hamburger-tost gibi ısırarak yenilmesi gereken yiyeceklerden uzak durmalıdır. Ayrıca, hasta ortodontik tedavi süresince kontak sporlar yapmamalıdır.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

............................................................................................................................................................................................

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

**8. HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

 Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma MerkeziAğız, Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği’nde Prof. Dr. , Doç 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.