**BİLMENİZ GEREKENLER**

 Osteomelit; kemiklerde oluşan bir tür enfeksiyon kaynaklı sağlık sorunudur. Kemik iliği iltihabı veya kemik iltihabı olarak da bilinen bu hastalık travma ve yaralanmalar yoluyla doğrudan kemiğin enfeksiyon kapması sonucu oluşabileceği gibi vücudun farklı bir kısmından kan yoluyla kemiğe ulaşan etkenlerin yol açtığı enfeksiyon sonucunda ortaya çıkabilir. Belirli durunlarda kronik hastalıkların yol açtığı etilerden de kaynaklanabilen kemik iliği iltihabı ciddi ağrı ve ateş gibi semptomlara neden olabilir. Tedavi edilmediği taktirde ilerleyerek kemiğin bulunduğu organın ciddi derecede hasar görmesine neden olabilmesi nedeniyle kemik iltihabı belirtileri ciddiye alınmalıdır.

 Ameliyat lokal anestezi altında yapılacaktır. İlgili bölgeye ulaşma için diş eti kesisi uygulanacaktır. Uygun saha temizliği sonrasında steril koşullarda çene kemiğine ulaşarak kemiğin içini temizlenecektir. Ayrıca ölü olan kemik kısımları çıkarılacak ve varsa etken diş çekilecektir. Daha sonra kesilmiş olan dokular yerlerine dilerek ameliyat tamamlanır. Dikişler 1-2 hafta içerisinde alınmaktadır.

 **Lokal Anestezi:** Diş tedavileri esnasında ağrıyı azaltmak için gerekli görüldüğünde hekim tarafından uygulanır. Lokal anestezi uygulanan hastalar şu hususlara uymalıdırlar. Lokal anestezinin etkisi geçene kadar çiğneme gerektirecek katı gıdalardan uzak durunuz. Farkında olmadan dilinizi, dudağınızı ve yanağınızı ısırabilirsiniz. Zorunlu hallerde beslenme ihtiyacınızı sıvı besinlerle gideriniz. Anestezi yapılan yer tedavi yapıldıktan sonra ağrı yapabilir, bir süre sonra geçecektir. Lokal anestezi sonrası bu bölgede 1-4 saat ağrı duyulmaz, konuşma, çiğneme, yutkunma ve tat alma sorunları yaşanabilir.

**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Mevcut ağrının ve daha sonra ortaya çıkabilecek olumsuzlukların ortadan kaldırılması
* Ölü kemik dokusunun kaldırılması ve kemik iyileşmesinin sağlanması
* Sert ve yumuşak dokuda var olan enfeksiyonu kaldırılarak dolaşımın tekrardan sağlanması
* Sert ve yumuşak dokudaki sağlığın tekrardan sağlanması
* Ağrı, şişlik, püy oluşumu ve beslenememe gibi problemlerin giderilmesi, hasta konforunun tekrardan sağlanması.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Enfeksiyonun ilerleyerek dokuda büyük bir alana yayılarak anatomik yapılara zarar verebilir.
* Diş kayıplarına, kemikte patolojik krıklara veya total nekroz meydana gelebilir.
* Sistemik yayılıma sebep olabilir ve hastanın genel sağlık durumunu etkileyebilir.
* Tedavi edilmeyen durumlarda hem kemik hem de yumuşak dokularda doku hasarına ve kaybına bağlı şekil bozuklukları görülebilir. Hastanın yüz simetriği bozulur ve bu durum çok şiddetli hallerde olabilir.
* Hastalığın ilerlemesi durumda ileride yapılacak tedaviler daha komplike hale gelebilir.

**3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Tedavinin alternatifi bulunmamakta.

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Bu tedavi uzun süreli ve güç bir tedavidir.
* Tedavi süresince verilecek ilaçlara bağlı ilacı ilgilendiren yan etkiler gelişebilir.
* Düşünülen tedavi planına bağlı genel veya lokal anestezi altında değişik büyüklükte operasyonlar yapılabilir.
* Genel anestezi altındaki operasyonlarsa tüm genel anestezi komplikasyonları geçerlidir. Lokal anestezi altında da kendi lokal anestezi komplikasyonları geçerlidir.
* Hastanın kontrolsüz hareketine bağlı olarak sinir yaralanmasından dolayı geçici veya kalıcı his kalıcı tat ve koku değişiklikleri (azalma, bozulma, kaybolma) olabilir.
* İşlem sırasında kullanılan büyük, küçük yabancı cisimler üst solunum yoluna kaçabilir.
* Dişeti, yanak ve dudak mukozasında sert ve yumuşak damakta, küçük dilinizde aletlerin kaymasına bağlı zedelenme, ezilme, batma vs. meydana gelebilir.
* Cerrahi çekim esnasında kullanılan hava basıncı ile çalışan aletlerin neden olabileceği doku aralarında hava birikimi söz konusu olabilir. Hastada cilt renk değişikliği ve hareket kısıtlaması görülebilir.
* Sistemik rahatsızlığı olan (immün yetmezlik sendromu, şeker, kemoterapi, radyoterapi gören hastalar vb.) hastalarda operasyonlar sonrası sert ve yumuşak doku iyileşmelerinde rahatsızlıklarına bağlı olarak gecikme ve iyileşmeme görülebilir.
* Ödem özellikle zor operasyonlardan sonra doku aralarında eksuda toplanmasına bağlı olarak yüz bölgesinde şişlikler meydana gelebilir. Ödeme bağlı olarak kas fonksiyonlarında ve ağız hareketlerinde kısıtlama meydana gelebilir. Şişlik ilk birkaç günden sonra operasyonun büyüklüğüne ve yapılan bölgeye bağlı olarak bir hafta-on gün içinde kendiliğinden geçer.
* Operasyon alanında seyreden sinirlerin yaralanmaları veya tamamen alınmalarına bağlı o sinirin innerve ettiği alanda uyuşukluk, felç, hissizlik ve şekil bozukluğu gelişebilir. Bu olay geri dönüşebilir olduğu gibi hiç de düzelmeyebilir.
* Osteomiyelit tedavisi sonrası hem kemik hem de yumuşak dokularda doku hasarına ve kaybına bağlı şekil bozuklukları görülebilir. Hastanın yüz simetriği bozulur ve bu durumun şiddeti önceden öngörülemez.
* Osteomiyelit içindeki tüm dişler çekilir, kemik dokuda iyileşme çok uzun süreli ve ağrılı akıntılı ve kötü kokulu olur.
* Osteomiyelit hayat tehdit edici olabilen ciddi bir enfeksiyon durumudur. Hasta ciddiyetine inanmalı ve farkına varmalıdır.

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

* Cerrahi işleme göre süre değişebilmektedir.

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Hastaya verilen reçete düzenli kullanılmalı.
* Doktorunu önerilerine uyulmalı.

**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.