



Özel Ekol Hastanesi

DİŞ KİSTİ AMELİYATI (MARSUPIALİZASYON / KİST EKSİZYONU) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.217	11.11.2025	00	-	1 / 3

Klinik Adı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Doğum tarihi:
Dosya No:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;

Bu formun amacı, sağlığınızla ilgili konularda sizi bilgilendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Bu form çoğu hastanın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazırlanmış olmakla birlikte, tüm olası tedavi şekillerini ve riskleri kapsamayabilir. Hekiminiz kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak ek bilgi verebilir.

İşlem Hakkında Genel Bilgi ve İşlemden Beklenen Faydalar:

Diş kisti ameliyatı, diş kökü veya çene kemiği çevresinde oluşan kistik yapının cerrahi olarak çıkarılması (kist eksizyonu) veya boşaltılarak küçültülmesi (marsupializasyon) işlemidir. Bu operasyon, kistin büyüyerek çevre dokulara, sinirlere veya komşu dişlere zarar vermesini önlemeyi amaçlar. Amaç, enfeksiyonun giderilmesi, çene kemiğinin korunması ve ağız sağlığının yeniden sağlanmasıdır.

Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?

- Kistin büyümesi ve çene kemiğine zarar vermesi
- Komşu dişlerin köklerinin erimesi veya kaybı
- Enfeksiyon gelişmesi, apse ve ağrı oluşumu
- Çene deformiteleri ve sinir hasarı riski
- Ağız içi veya yüzde şişlik ve kronik iltihaplanma

İşlemin Varsa Alternatifleri:

- İlaç tedavisi (geçici rahatlama sağlar, kisti ortadan kaldırmaz)
- Sadece drenaj yapılması (kistin tamamen çıkarılmadığı durumlarda nüks riski yüksektir)
- Takip ve periyodik görüntüleme (kistin küçük ve asemptomatik olduğu durumlarda)

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:

- Kanama
- Enfeksiyon
- Ağrı ve şişlik
- Komşu dişlerin veya sinirlerin zarar görmesi (özellikle alt çene sinir hattına yakın kistlerde)
- Uyuşukluk veya his kaybı (geçici veya kalıcı olabilir)
- Çene kemiğinde zayıflama veya kırık
- Kistin tekrarlaması (özellikle marsupializasyon sonrasında)
- Dikişlerin açılması veya yara iyileşmesinde gecikme
- Anesteziye bağlı riskler (alerjik reaksiyon, solunum veya kalp problemleri, nadiren ölüm riski)

	Özel Ekol Hastanesi DIŞ KİSTİ AMELİYATI (MARSUPIALİZASYON / KİST EKSİZYONU) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
<i>Doküman No</i> HD.RB.217	<i>Yayın Tarihi</i> 11.11.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 2 / 3

Girişimden Önce Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- Ameliyat öncesi aç karnına gelinmesi gerekebilir.
- Kan sulandırıcı ilaçlar (Aspirin, Coumadin vb.) en az 1 hafta önceden kesilmelidir.
- Alerjiler ve mevcut ilaç kullanımını hekime bildirilmelidir.
- Ağız hijyenine dikkat edilmeli ve varsa diş eti enfeksiyonları önceden tedavi edilmelidir.

Girişimden Sonra Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- İlk 24 saat sıcak yiyecek ve içecek tüketilmemelidir.
- Bol sıvı alınmalı, yumuşak gıdalar tercih edilmelidir.
- Ağız gargarası hekimin önerdiği şekilde yapılmalıdır.
- Sigara ve alkol kullanımından kaçınılmalıdır.
- Şişlik, kanama, ateş veya şiddetli ağrı durumunda acilen sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

Tahmini Süresi :

Ameliyatın süresi kistin büyüklüğüne ve yerine bağlı olarak ortalama 30–90 dakika arasında değişebilir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:

İşlem sırasında ve sonrasında antibiyotikler, ağrı kesiciler, antiseptik solüsyonlar ve anestezi ilaçları kullanılabilir. Bu ilaçların amacı, enfeksiyonu önlemek ve ağrıyı azaltmaktır.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

- Ağız hijyeni korunmalı, diş fırçalama ve gargara düzenli yapılmalıdır.
- Doktorun önerdiği kontroller aksatılmamalıdır.
- Diş tedavileri ve rutin diş hekimi kontrolleri ihmal edilmemelidir.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği:

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

Hastalığım ve yapılacak olan Diş Kisti Ameliyatı (Marsupializasyon / Kist Eksizyonu) işlemi hakkında bilgilendirildim. Ameliyatın amacını, süresini, başarı şansını, risklerini, komplikasyonlarını, alternatiflerini, tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim sonuçları anladım. Hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi girişimleri uygulamasına onam veriyorum. Kimlik bilgilerim saklı kalmak kaydıyla tıbbi verilerimin bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.



Özel Ekol Hastanesi

DİŞ KİSTİ AMELİYATI (MARSUPIALİZASYON / KİST EKSIZYONU) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.217	11.11.2025	00	-	3 / 3

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

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

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;
Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:

Hastanın bilinci kapalı Hasta 18 yaşından küçük Hastanın karar verme yetisi yok Acil

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya **“Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok.”** yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....