

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1329
		YAYIN TARİHİ	06.08.2013
	KULAK BURUN BOĞAZ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/1

FRENİLUM LİNGUALE (DİL BAĞINA CERRAHİ MÜDAHALE) AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Yöntem:

Ameliyat lokal anestezi ile yapılacaktır. Çoğu zaman doğumsal olarak frenulum lingua'nın kısa ve fibrotik olmasıdır. Genellikle doğumun ilk yıllarında dikkati çeker. Aşırı kısa ve dil hareketlerini engelliyor ise, bebeğin emme fonksiyonunu ve konuşma çağında bir çocuk ise artikülasyonu bozar.

Alternatifler:

Tedavisi genellikle basit ensizyondur. Ancak çok aşırı kısa ve fibrotik ise Z-plasti de gerekli olabilir.

Ameliyat Başarı oranı:

Yapılan çalışmalarda uygun vakalarda kullanılan cerrahi yöntemlerin başarı oranları yüksektir.

Ameliyatın Riskleri:

- Kanama. Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içinde olabilir. Kanama kontrolü için yeni bir cerrahi girişim gerekebilir.
- Yara yeri enfekte olabilir ve yara yerinin iyileşmesi gecikebilir.
- Lokal anestezi sonrası verilen lokal anestezi madde lokal yada sistemik toksisite yapabilir. Lokal anestezi klerin toksisiteeleri genellikle sinir sistemi ve kalp damar sistemi üzerinde görülür. Bu toksisite verilen ajana ,miktara ve sistemik dolaşıma geçen miktara ve sistemik dolaşıma geçen vazokonstriktör miktarına göre değişir.
- Ameliyat sonrası dilde dolgunluk, konuşma bozukluğu, tat alma bozukluğu, boğaz kuruluğu ve yutma güçlüğü görülebilir. Bu şikayetler sıklıkla geçici olmasına rağmen kalıcı nitelik de kazanabilir.
- Ameliyat sonrasında hava yolu obstruksiyonu solunum depresyonu ve santral apne ve kalp rahatsızlıkları ortaya çıkabilir. Bunlar genellikle herhangi bir sorun oluşturmada kontrol edilebilir.
- Hastalık tedavi edilemeyebilir, yeniden oluşabilir.

Tedavi Olmazsanız:

Dil bağının tedavi edilmemesi durumunda kendiliğinden iyileşmeyecek ve mevcut emme bozukluğu düzelmeyecektir. Konuşmasında problem olabilecek, bazı sesleri tam çıkaramayabilecektir.

Onam Doğrulama: Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____