

DERMABRASION



PRINCIPE DE L'OPERATION

Elimination de la couche superficielle du derme mécaniquement à l'aide d'une meule permettant un «lissage» des ridules surtout périorales ou l'amélioration de certaines cicatrices.

INDICATIONS

Rides autour de la bouche.
Cicatrices.

CONTRE-INDICATIONS

Peaux fortement pigmentées.
Cicatrices hypertrophiques (chéloïdes)

OPERATION

Abrasion du derme plus ou moins profonde selon les besoins.

Durée 30-60 minutes en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie locale avec ou sans sédation.

Cicatrices pas de cicatrices.

COMPLICATIONS POSSIBLES

Dépigmentation définitive de la peau traitée très fréquente.

Cicatrices.

Hyperpigmentation.

PERIODE POST-OPERATOIRE

Suintements, rougeurs, croûtes plus ou moins importants selon l'agent chimique utilisé.

Commentaires et questions complémentaires:

.....

CONSETEMENT POUR INTERVENTION CHIRURGICALE



Je soussigné(e): né le:

consens à subir l'intervention chirurgicale suivante:

effectuée par le Docteur

J'ai été informé(e) en détail et de manière compréhensible de la procédure chirurgicale, des risques, des complications éventuelles ainsi que d'interventions complémentaires éventuelles. J'ai eu le temps de réfléchir pour prendre ma décision et ai obtenu réponse à mes questions (noter les détails de la procédure, énumérer les risques par écrit, etc.).

J'ai également été informé(e) des précautions à prendre dans la période post-opératoire et des risques d'interventions ultérieures.

J'autorise mon médecin à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications importantes, y compris à un changement de procédure et/ou d'éventuelles interventions postopératoire, quand bien même ceci diffère de ce qui a été établi ou discuté auparavant.

J'ai informé mon médecin de tout problème de santé - allergie, prise de médicament - ou problème chirurgical passé.

Je suivrai scrupuleusement les instructions qui me seront données avant, pendant et après l'hospitalisation ou l'intervention.

J'accepte que des photographies cliniques soient prises à des fins scientifiques et de documentation.

Lieu et date: Signature:

Signature du médecin