



PRINCIPE DE L'OPERATION

Modifier les proportions du squelette du visage par des implants en matériel synthétique.

INDICATIONS

- Menton fuyant.
- Pommettes plates.
- Autres.

CONTRE-INDICATION

Tissu sous-cutané très mince.

OPERATION

Mise en place d'implants, le plus souvent en silicone, au contact de l'os dans la région à augmenter par des incisions cutanées peu visibles ou endobuccales.

Durée 1-2 heures en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie locale ou anesthésie générale.

Cicatrices menton : env. 2-3 cm dans la bouche ou sous le menton.
pommettes : par les tempes ou la paupière inférieure ou encore par la bouche.

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «Première consultation: complications générales»

- Infection de l'implant.
- Déplacement de l'implant.
- Amincissement progressif de l'os sous-jacent.
- Névralgie ou diminution de la sensibilité cutanée.
- Remarque: il persiste toujours un certain degré d'asymétrie.

PERIODE POST-OPERATOIRE

Ablation des fils à 1 semaine. Arrêt du travail de environ 1 semaine.

Commentaires et questions complémentaires:

.....

.....

CONSENTEMENT 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