

LIFTING BRAS



PRINCIPE DE L'OPERATION

Eliminer l'excès cutanéograsseux disgracieux entre l'aisselle et le coude.

INDICATION

Peau des bras flasque et tombante.

CONTRE-INDICATIONS

Lymphoedème.
Important excès pondéral.

OPERATION

Excision de l'excès de peau et de graisse à la face interne du bras par une longue cicatrice allant du coude à l'aisselle, permettant de redonner une certaine tonicité aux bras.

Durée 1-2 heures en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie générale ou locale avec sédation.

Cicatrices cicatrice longitudinale entre le coude et l'aisselle.

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «Première consultation: complications générales»

Retard de cicatrisation avec cicatrices larges.

Remarque: il persiste toujours un certain degré d'asymétrie.

PERIODE POST-OPERATOIRE

Ablation des fils à 2 semaines.

Arrêt de travail de 1-2 semaines.

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