



LIFTING CERVICO-FACIAL joues et cou

PRINCIPE DE L'OPERATION

Repositionner les volumes des joues, remettre sous tension les muscles du cou et excision de la peau en excès.

Un lifting temporal ou frontal peut y être associé.

INDICATIONS

Chute des pommettes avec plis nasogeniens marqués.

Perte de l'ovale du visage (bajoues).

Bandes du cou associées ou non à un excès de graisse.

CONTRE-INDICATIONS

Fumeurs (risque de nécrose nettement augmenté).

Obésité.

OPERATION

Incision autour de l'oreille se prolongeant dans le cuir chevelu.

Fixation par des points internes de la couche musculaire et des volumes graisseux.

Excision de la peau en excès devant et derrière l'oreille permettant un suture sans tension donnant un aspect naturel.

Durée entre 3 et 4 heures souvent en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie générale ou locale avec sédation.

Cicatrices dans le cuir chevelu et autour de l'oreille.

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «**Première consultation: complications générales**»

Perte cutanée (nécrose) surtout derrière les oreilles.

Parésie temporaire d'une branche du nerf facial.

Remarque: il persiste toujours un certain degré d'asymétrie

PERIODE POST-OPERATOIRE

Pansement rembourré 24-48 h.

Ablation des derniers fils à 2 semaines. Arrêt de travail de 3 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