

LIPOASPIRATION



PRINCIPE DE L'OPERATION

Réduction par aspiration du tissu grasseux sous-cutané au moyen de canules de différents diamètres.

INDICATION

Excès localisés dysharmonieux de graisse chez une personne de poids normal.

CONTRE-INDICATIONS

Importante perte d'élasticité de la peau ne permettant pas de rétraction cutanée après diminution du volume grasseux.

Important excès pondéral.

OPERATION

Aspiration du tissu grasseux sous-cutané au moyen de canules reliées à une pompe (en général pas plus de 3500cc).

Durée 1-2 heures en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie générale ou anesthésie locale avec sédation.

Cicatrices 1-2 cicatrices par zone traitée de env. 4mm cachées, si possible, dans des plis naturels.

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «Première consultation: complications générales»

Surface irrégulière.

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

PERIODE POST-OPERATOIRE

Port de vêtements compressifs pendant 4-6 semaines au début jour et nuit.

Ablation des fils à env. 1 semaine.

Arrêt de travail de 2 jours ou plus selon la surface et la quantité aspirée.

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