



PRINCIPE DE L'OPERATION

Injections de graisse autologue (provenant du patient lui-même) le plus souvent au visage pour restaurer certains volumes ou augmenter certaines zones.

INDICATIONS

Perte de volume lié au vieillissement ou à un état pathologique.
Remodelage du visage (peut dans certains cas remplacer les implants).

CONTRE-INDICATION

Aucune.

OPERATION

Prélèvement de la graisse par aspiration en fonction des possibilités.
Préparation de la graisse puis injection de celle-ci dans les zones à combler ou à augmenter.

Durée 1-2 heures en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie générale ou en anesthésie locale.

Cicatrices 3 mm aux sites de prélèvement et 1 mm aux sites d'injection.

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «Première consultation: complications générales»

Résorption excessive de la graisse injectée.

Irrégularités de la surface cutanée.

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

PERIODE POST-OPERATOIRE

Arrêt de travail de env. 10 jours.

Oedème et ecchymoses 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