

## CORRECTION NEZ (rhinoplastie)



### PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Remodelage de la forme du nez par réduction ou augmentation.

### INDICATIONS

- Esthétique
- Post-traumatique.
- Fonctionnelle pour améliorer la respiration avec le plus souvent dans le même temps une correction de la cloison nasale déviée (septoplastie).

### CONTRE-INDICATIONS

- Toxicomanie à la cocaïne.
- Problème psychologique.
- Perception de soi perturbée (dysmorphophobie).
- Attente d'un résultat irréalisable.

### OPERATION

Modification de l'architecture osseuse et cartilagineuse du nez parfois au moyen de greffes prélevées sur le patient lui-même.

**Durée** 1-3 heures avec ou sans hospitalisation.

**Anesthésie** anesthésie générale ou anesthésie locale avec sédation.

**Cicatrices** uniquement à l'intérieur du nez ou avec en plus une cicatrice transverse au milieu de la columelle.

### COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «Première consultation: complications générales»

Epaississement du tissu sous-cutané masquant les modifications osseuses et cartilagineuses.

Développement d'un cal osseux exubérant.

Environ 15% de retouches tous cas confondus.

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

### PERIODE POST-OPERATOIRE

Mèches dans les narines pendant 24-48 heures.

Attelle sur le nez pendant 7-10 jours. Arrêt de travail d'env. 10 jours.

**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 .....