



CORRECTION OREILLES (otoplastie)

CONSENTEMENT POUR INTERVENTION CHIRURGICALE

PRINCIPE DE L'OPERATION

Corriger la malformation.

INDICATION

Le plus fréquemment, les oreilles décollées.

CONTRE-INDICATION

Si l'enfant ne ressent aucune gêne et ne demande pas de correction.

OPERATION

Remodelage et fixation par des sutures internes du cartilage de l'oreille pour obtenir la forme désirée.

Durée 1-2 heures en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie locale ou anesthésie générale pour les jeunes enfants.

Cicatrice dans le sillon derrière l'oreille.

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «Première consultation: complications générales»

Récidive du décollement.

Infection du cartilage.

Cicatrices chéloïdes.

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

PERIODE POST-OPERATOIRE

Pansement rembourré pendant 24-48 heures.

Ablation des fils à 10-15 jours.

Arrêt de travail ou école de env. 1 semaine.

Commentaires et questions complémentaires:

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