



PAUPIERES INFERIEURES (blépharoplastie)

PRINCIPE DE L'OPERATION

Éliminer les différentes poches et la peau en excès.
Parfois aussi, combler des cernes.

INDICATIONS

- Poches sous les yeux.
- Cernes.
- Replis cutanés à différents niveaux.

CONTRE-INDICATION

Paupières avec perte de tonus et tendance à l'éversion (ectropion).

OPERATION

Excision de la graisse orbitaire en cas de poches.
Si nécessaire, excision de la peau en excès et/ou comblement des cernes par de la graisse.

Durée 1 heure en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie locale.

Cicatrices sous les cils ou directement en regard d'un repli important ou encore à l'intérieur de la paupière si présence uniquement de poches graisseuses (transconjonctival).

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «Première consultation: complications générales»

Hématome comprimant dangereusement le globe oculaire (rarisissime).

Oeil «rond» ou éversion du bord de la paupière (ectropion).

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

PERIODE POST-OPERATOIRE

Ablation des fils à 3-5 jours.

Arrêt de travail de 7 à 10 jours.

Commentaires et questions complémentaires:

.....

.....

CONSETEMENT 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