



PAUPIERES SUPERIEURES (blépharoplastie)

PRINCIPE DE L'OPERATION

Éliminer l'excès de tissu de la paupière supérieure.

INDICATIONS

Repli cutané empêchant le maquillage.

Lourdeur des paupières supérieures donnant un aspect fatigué.

Limitation du champ visuel.

CONTRE-INDICATIONS

Risque de décompensation d'une pathologie oculaire.

Paralysie faciale.

OPERATION

Excision de peau et parfois de muscle en excès dans le pli naturel de la paupière.

Éventuellement excision de graisse de l'orbite.

Durée 1 heure en ambulatoire.

Anesthésie anesthésie locale.

Cicatrice dans le pli naturel de la paupière.

COMPLICATIONS POSSIBLES

voir aussi chapitre «**Première consultation: complications générales**»

Sécheresse oculaire temporaire.

Hématome comprimant dangereusement le globe oculaire (rarissime!).

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

PERIODE POST-OPERATOIRE

Larmes artificielles si tendance pré-opératoire à l'oeil sec.

Ablation des pansements et des fils à 3-4 jours.

Arrêt de travail de 7 à 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