



PEELING

PRINCIPE DE L'OPERATION

Atténuer certaines ridules ou cicatrices du visage par destruction chimique du derme superficiel au moyen de différents agents (phenol, huile de Croton, TCA, etc...)

INDICATIONS

Rides du visage. Paupières inférieures
Tâches de «vieillesse». Cicatrices d'acné.

CONTRE-INDICATIONS

Peaux fortement pigmentées.

OPERATION

Application du produit chimique sur la surface à traiter permettant d'éliminer une couche de derme superficiel.

Durée variable selon le produit utilisé.

Anesthésie en général pas nécessaire pour les petites zones.

Cicatrices pas de cicatrices.

COMPLICATIONS POSSIBLES

Dépigmentation définitive de la peau traitée très fréquente.

Cicatrices.

Hyperpigmentation.

PERIODE POST-OPERATOIRE

Suintements, rougeurs, croûtes plus ou moins importants selon l'agent chimique utilisé.

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