



### PRINCIPE DE L'OPERATION

Remonter des seins tombants (ptose) par excision de peau et remodelage de la glande mammaire sans changer le volume ou en l'augmentant par un implant.

### INDICATION

Seins tombants.

### CONTRE-INDICATIONS

Poids instable.  
Anorexie.  
Désir de grossesse à court terme.

### OPERATION

Remodelage de la glande et redrapage de la peau en remontant l'aréole et le mamelon.

**Durée** 2-3 heures avec ou sans hospitalisation.

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

**Cicatrices** autour de l'aréole, verticale entre l'aréole et le pli sous le sein et parfois horizontale dans ce même pli.

### COMPLICATIONS POSSIBLES

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

Cicatrices larges et inesthétiques.

Diminution de la sensibilité du mamelon.

Si implant, voir complications spécifiques à ce matériel (chapitre augmentation mammaire).

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

### PERIODE POST-OPERATOIRE

Ablation des drains à 24-48 heures.

Port d'un soutien-gorge de contention pour une durée à fixer de cas en cas.

Ablation des fils à 2 semaines.

Arrêt de travail de 1-2 semaines.

### 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 .....