



## ACIDE HYALURONIQUE

### PRINCIPE DU TRAITEMENT

L'acide hyaluronique est un gel viscoélastique idéal pour combler les ridules et les plis du visage ou encore augmenter le volume des lèvres. Il est complètement résorbé en 3-12 mois selon sa densité.

### INDICATIONS

Rides du visage. Lèvres minces.  
Plis nasogéniens. Cernes.

### CONTRE-INDICATIONS

Infection cutanée au site d'injection.  
Grossesse.  
Maladies immunitaires.  
Hypersensibilité connue à l'acide hyaluronique.  
Ne pas injecter dans une zone où un autre produit de comblement non-résorbable a déjà été injecté.

### TRAITEMENT

Injection de différentes densités d'acide hyluronique plus ou moins profondément selon le types de rides ou de plis à traiter.

**Durée** 15-30 minutes en ambulatoire.

**Anesthésie** pas d'anesthésie ou anesthésie de surface (crème) ou anesthésie locale.

### COMPLICATIONS POSSIBLES

Infection.  
Hématome, rougeurs, œdème visibles pendant quelques jours.  
Irrégularités de la surface cutanée (réversible!)

### SOINS APRES LE TRAITEMENT

Pas d'exposition solaire ou aux UV dans les jours qui suivent l'injection.

**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 .....