



INFORMATION & RISQUES LIÉS AU MAQUILLAGE PERMANENT

Client(e) Date de Naissance / /

Tel Email

Dermo-Praticienne Technique

Chaque acte qui implique une infraction cutanée peut-être à l'origine d'infections si la peau de la personne sur laquelle l'acte est réalisé n'est pas désinfectée, si le matériel pénétrant la barrière cutanée n'est pas stérile, ou si les règles d'hygiène ne sont pas respectées. Tous les maquillages permanents entraînent de minimes soignements ou de microscopiques projections de sang ou de liquides biologiques (pas toujours visibles) et peuvent donc transmettre des infections (bactériennes le plus souvent mais aussi le virus des hépatites B et C et également le virus du SIDA). L'infection peut passer de client à client par le biais des instruments s'ils ne sont pas correctement stérilisés, mais aussi de l'opérateur vers le client et enfin du client vers l'opérateur en cas de piqûre accidentelle. L'état de santé du client , en particulier s'il suit un traitement, peut contre indiquer l'acte envisagé notamment en cas de terrain allergique aux produits et matériels utilisés (pigments de tatouage). Il est conseillé d'en discuter préalablement avec le professionnel et son médecin traitant.

CONTRE INDICATIONS

Si vous pensez rencontrer l'une de ces contre indications,
il est important de consulter votre médecin traitant préalablement à l'acte.

Si vous prenez des **anti-inflammatoires**
Si vous souffrez d'une **maladie immunodéprimée** (VIH, cancer, etc)
Si vous êtes sujet aux **allergies aux métaux** (chrome, cuivre, nickel, etc)
Si vous souffrez d'une **maladie auto-immune** (sclérose en plaques, etc)
Si vous souffrez d'une **maladie dermatologique active** (vitiligo, psoriasis, eczéma etc)
Si vous prenez des **anticoagulants** ou avez des **problèmes cardiaques**
Si vous êtes sous traitement de type **Roacutane**
Si vous souffrez de **diabète**
Si vous avez récemment pris de l'**aspirine**
Si vous souffrez de **conjonctivite**
Si vous êtes **enceinte** ou en période **d'allaitement**
Si vous souffrez d'un **bouton de fièvre**
Si vous souffrez **d'asthme**
Si vous êtes sous traitement à la **vitamine A**, aux **acides de fruits AHA**
Si vous avez des **problèmes de cicatrisation**
Si vous avez fait l'objet d'une **décoloration ou teinture**
Si vous avez fait l'objet d'une **pose de faux cils**
Si vous faites l'objet **d'allergies médicamenteuses**

A ma connaissance, je ne présente aucune contre-indication médicale connue.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je reconnais que vous m'avez exposé les risques, les possibles complications immédiates ou ultérieures, les suites habituelles inhérentes à la réalisation de cet acte ou aux procédés qu'il emploie, de même que la possibilité de réactions individuelles exceptionnelles non prévisibles. Je reconnais avoir pu poser toutes les questions relatives à cette prise en charge, avoir pris note qu'il existe un certain degré d'imprévisibilité dans la qualité ou la durée du résultat attendu, qu'il persiste enfin un caractère subjectif en matière d'esthétique. **Une seconde visite de 30 à 45 jours après la prestation est nécessaire afin d'optimiser le résultat.** En effet le renouvellement cellulaire intervient au bout de 28 jours. Il n'est donc pas possible d'envisager une retouche préalablement à ce mois. **Je reconnais avoir été informé.e en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cet acte.** Je m'engage de mon côté à vous fournir toutes les informations sur mon état de santé, à me rendre à votre rendez-vous post-tatouage et à me soumettre aux soins et recommandations prescrits avant et après l'acte envisagé. J'ai reçu, pris connaissance et lu l'ensemble des informations figurant sur ce document. Conformément à l'arrêté du 3 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en oeuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent, j'atteste que :

- 1 Vous m'avez remis l'information prévue par le dit arrêté.
- 2 Vous m'avez informé.e de manière claire et détaillée :
 - Du caractère éventuellement douloureux des actes. Des risques d'infections.
 - Des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide.
 - Du temps de cicatrisation adapté à la technique qui a été mise en oeuvre et des risques cicatriciels.
 - Du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive.
 - Des risques de modification de la couleur du pigment qui dépend du renouvellement cellulaire de ma peau et de son exposition au soleil.
 - Du caractère nécessaire et conseillée d'une retouche payante dans un délai de 12 à 18 mois.
- 3 Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitement, interventions éventuels que j'ai à ce jour.
- 4 Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.
- 5 **Je vous ai donné mon accord irrévocable pour le tracé et la couleur des pigments** utilisés pour mon maquillage permanent.
- 6 J'ai pu constater que les emballages des aiguilles et des pigments utilisés pour mon intervention ont été ouverts devant moi afin de garantir leur **caractère unique, jetable et stérile**. C'est pourquoi après un délai de réflexion suffisant ainsi qu'une évaluation sérieuse, **je vous donne mon consentement à la réalisation d'un maquillage permanent sur la zone suivante :**

Yeux	Aiguilles	N° de Lot	Lèvres	Aiguilles	N° de Lot
	Pigments	N° de Lot		Pigments	N° de Lot
Sourcils	Aiguilles	N° de Lot	Autres	Aiguilles	N° de Lot
	Pigments	N° de Lot		Pigments	N° de Lot

Le/La Client(e) Date, Lieu, Signature

Le Professionnel Mention Manuscrite Obligatoire « Lu et Approuvé »