

INFORMATIONS ET RISQUE LIÉS AU MAQUILLAGE PERMANENT

Client(e) :Praticienne :

Email :Technique :

Tel :Date :

Chaque acte qui implique une effraction cutanée peut être à l'origine d'infections si la peau de la personne sur laquelle l'acte est réalisé n'est pas désinfecté, si le matériel pénétrant la barrière cutanée n'est pas stérile, ou si les règles d'hygiène ne sont pas respectées.

Tous les maquillage permanent entraîne de minime saignement ou de microscopiques projections de sang ou de liquide biologique (pas toujours visibles) ils peuvent donc transmettre des infections (bactérienne le plus souvent mais aussi les 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, peu contre indiquer l'acte envisagé notamment en cas de terrain allergique aux produits et matériels utilisés (pigment de tatouage). Il est conseillé d'en discuter préalablement avec le professionnel et son médecin traitant.

Contre-indication

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

- *Si vous prenez des anti-inflammatoires*
- *Si vous êtes sujets aux allergies métaux (chrome, cuivre ...)*
- *Si vous souffrez d'une maladie immunodéprimé (VIH, cancer)*
- *Si vous si vous souffrez d'une maladie auto-immune (sclérose en plaques*
- *Si vous souffrez d'une maladie dermatologique active (vitiligo, psoriasis, eczéma)*
- *Si vous souffrez de diabète*
- *Si vous êtes sous traitement de type Roacutane*
- *Si vous prenez des anticoagulants où vous avez des problèmes cardiologiques*
- *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 sujets aux allergies au nickel*
- *Si vous êtes A acide, aux acides de fruits AHA*
- *Si vous avez des problèmes de cicatrisation*
- *Si vous avez fait l'objet d'une décoloration teinture*
- *Si vous avez fait l'objet d'une pose de faux cils*
- *Si vous faites l'objet d'une allergie médicamenteuse*

À 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 où ultérieure, les suites habituelles inhérentes à la réalisation de cet acte ou au procédé qui 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 point 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 aux termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix ou vous demander de pratiquer cet acte .je m'engage de mon côté à vous fournir toutes les informations sur mon état de santé virgule à me rendre à votre rendez-vous post tatouage et à me soumettre aux soins et recommandations prescrit 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 3/12/2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent, j'atteste que :

1. Vous m'avez remis l'information prévue par ledit arrêté :

2. Vous m'avez informé de manière claire et détaillée

- *Du caractère éventuellement douloureux des actes. Des risques d'infection.*
- *Des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide*
- *Du temps de cicatrisation adaptée à la technique qui a été mise en œuvre et des risque cicatriciel*
- *Du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive*
- *Des risques allergiques notamment liés aux encres de tatouage*
- *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 conseiller d'une retouche payante dans un délai de 12 à 18 mois*

3. Vous avez procédé à la recherche de contre-indication au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitement virgule et intervention éventuelle que j'ai à ce jour.

4. Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en terme claire et avait répondu à toutes mes questions

5. Je vous ai donné mon accord irrévocable pour la tracer 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 virgule sur la zone suivante.

Yeux : Aiguilles N° de lot

Pigments.....N° de lot

Sourcils : Aiguilles.....N° de lot

PigmentsN° de lot

LE /LA CLIENT (E)

SIGNATURE

Le professionnel

Mention manuscrite obligatoire

Lu et approuvé