

CONSENTEMENT ÉCLAIRE POUR LA DERMOPIGMENTATION

NOMPRENOM.....

Date de la prestation :Mail.....

Date de la retouche :Praticienne : Vanessa MARKOVIC (Dermo-Ness)

INFORMATIONS LIEES A L'ACTE

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 désinfectée, si le matériel pénétrant la barrière cutanée n'est pas stérile ou si l'ensemble des règles d'hygiène n'est pas respecté.

Tous les maquillages permanents entraînent de minimes saignements 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 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 (anticoagulant...), peut contre-indiquer l'acte envisagé, notamment en cas de terrain allergique aux produits et matériels utilisés (encres de tatouage). Il est conseillé d'en discuter préalablement avec le professionnel et son médecin traitant.

CONTRE-INDICATIONS À LA RÉALISATION D'UN MAQUILLAGE PERMANENT :

Certaines de ces contre-indications, nécessiteront l'avis préalable du médecin traitant :

- Enceinte ou allaitement
- Déjà tatoué(e) ou présence d'un ancien maquillage permanent
- Hémophilie ou cicatrisation difficile
- Herpès bouche ou Herpès ou Zona yeux
- Diabète
- Chimiothérapie
- Problèmes cardiaques
- Allergies Médicamenteuse ou Métaux (Latex, chrome, cuivre, nickel, lidocaïne...)
- Maladie auto-immune
- Maladie de peau (psoriasis, vitiligo, eczéma...)
- Pathologie virale ou transmissible (hépatite, HIV...)
- Injections esthétiques si oui quand ?
- Traitement en cours (anti inflammatoires, anti coagulants...)
- Chéloïdes
- Extensions de cils, lentilles, teinture, décoloration
- Traitement vitamine A (Roaccutane...)
- Prise d'Aspirine
- Examen IRM prévu prochainement
- Autre :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À LA DERMOPIGMENTATION

Je soussigné(e),

Conformément à l'arrêté du 03 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent, atteste que :

- ✓ Vous m'avez remis l'information prévue par ledit arrêté.
- ✓ Vous m'avez informé 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 adaptée à la technique qui a été mise en œuvre et des risques cicatriciels.
 - 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 conseillé d'une retouche payante dans un délai de 12 à 18 mois.
- ✓ Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitements, et interventions éventuelles que j'ai à ce jour.
- ✓ Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.
- ✓ Je vous ai donné mon accord irrévocable pour le tracé et la couleur des pigments utilisés pour mon maquillage permanent.
- ✓ 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.

La Valette du Var, le

"lu et approuvé" Date et Signature Client(e) :

	SOURCILS	YEUX	BOUCHE	SCALP	AREOLES MAMMAIRES
PIGMENT N° LOT					
AIGUILLE N° LOT					