

Informations et risques liés au maquillage permanent

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 les règles d'hygiène ne sont pas respectées.

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, 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 à la réalisation d'un maquillage permanent

Si vous pensez rencontrer l'une des contres indications listées ci-dessous il est indispensable de consulter votre médecin traitant avant toute séance de dermopigmentation et d'en informer votre praticienne en complétant ce document.

- Etes-vous sous traitement anti-inflammatoires ou médicamenteux ? Oui/Non
- Etes-vous sujet aux allergies métaux (chrome, cuivre, nickel etc...) ou tout autre allergie médicamenteuse ou autre allergie ? Oui/Non
- Souffrez-vous d'une maladie auto-immune (sclérose en plaques, etc...) ? Oui/Non
- Souffrez-vous d'une maladie immunodéprimée (VIH, cancer, etc...) ? Oui/Non
- Souffrez-vous d'une maladie dermatologique active ? (Vitiligo, psoriasis, eczéma,) ? Oui/Non
- Souffrez-vous de troubles dermatologiques même bénins ? Oui/Non
- Avez-vous des problèmes de cicatrisation ? Oui/Non
- Souffrez-vous de conjonctivite ? Oui/Non
- Souffrez-vous de diabète ? Oui/Non
- Etes-vous sous traitement de type Roacutane à base d'acide glycolique ? Oui/Non
- Prenez-vous des anticoagulants ou avez des problèmes cardiologiques ? Oui/Non
- Etes-vous enceinte ou en période d'allaitement ? Oui/Non
- Etes-vous porteur le virus de l'herpès, souffrez de bouton de fièvre ? Oui/Non
- Souffrez-vous d'asthme ? Oui/Non
- Etes-vous sous traitement à la vitamine A acide, aux acides de fruits AHA ? Oui/Non
- Avez-vous fait l'objet d'une décoloration ou teinture ou pose de faux cils ? Oui/Non

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

Nom & Prénom + Date et Signature :

Consentement éclairé

Nom et Prénom :

Téléphone :

Email :

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

Vous m'avez remis l'information prévue par le dit arrêté.

Vous m'avez informé de manière claire et détaillée :

- Du caractère éventuellement douloureux de l'acte
- Des risques d'infections
- Des précautions à respecter après la réalisation notamment pour permettre une cicatrisation rapide
- Du temps de cicatrisation 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 18 mois



Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au maquillage permanent et que je vous ai fait part des maladies, traitements et interventions éventuels que j'ai à ce jour.

Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu de manière claire 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 utilisées 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.**

Nom & Prénom + Date & Signature



Nom Prénom :

Tel :

Feuillet réservé à APINKDERMO

Agrafer ici l'opercule de l'aiguille

TYPE PRESTATION SOURCILS :

Aiguille 1 : N° de lot :

Aiguille 2 : N° de lot :

Pigment 1 : N° de lot :

Pigment 2 : N° de lot :

TYPE PRESTATION YEUX :

Aiguille 1 : N° de lot :

Aiguille 2 : N° de lot :

Pigment 1 : N° de lot :

Pigment 2 : N° de lot :

TYPE PRESTATION LEVRES :

Aiguille 1 : N° de lot :

Aiguille 2 : N° de lot :

Pigment 1 : N° de lot :

Pigment 2 : N° de lot :

ZONE MP	DATE RDV	HEURE RDV
		
RETOUCHE 1		
RETOUCHE 2		