

NOM :

PRENOM :

INFORMATIONS ET RISQUES LIES AU MAQUILLAGE PERMANENT

Tout acte de maquillage permanent, même conduit avec compétence et dans le respect de la législation comporte un risque. 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, surtout s'il suit un traitement, peut contre indiquer l'acte envisagé notamment en cas de terrain allergique aux produits et matériels utilisés. Il est conseillé d'en discuter au préalable 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 êtes sous traitement de type Roaccutane
Si vous êtes sujet aux allergies métaux (chrome, cuivre...)
Si vous souffrez de diabète
Si vous êtes hémophile
Si vous souffrez d'asthme
Si vous souffrez d'une maladie auto-immune (sclérose en plaques...)
Si vous souffrez d'une maladie immunodéprimée (VIH, cancer...)
Si vous souffrez d'une maladie dermatologique active (vitiligo, psoriasis, eczéma...)

Si vous prenez des anticoagulants ou avez des problèmes cardiologiques
Si vous êtes sujet aux allergies au nickel
Si vous souffrez de conjonctivite
Si vous souffrez de troubles psychiques
Si vous avez récemment pris de l'aspirine
Si vous souffrez d'un bouton de fièvre
Si vous avez des problèmes de cicatrisation
Si vous êtes enceinte ou en période d'allaitement
Si vous avez subi une décoloration ou teinture (cils/sourcils)
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 ECLAIRE

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 30 à 45 jours après la prestation est nécessaire afin d'optimiser le résultat. 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-pigmentation 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 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 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 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 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, traitements, et 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 :

ZONE :	AIGUILLE(S) :	PIGMENT :
	N° de LOT :	N° de LOT :
RETOUCHE le:	AIGUILLE(S) :	PIGMENT :
	N° de LOT :	N° de LOT :

J'autorise la conservation de mes coordonnées pour l'envoi de communications et informations de Dermodesign à mon adresse mail et par téléphone. (Politique de confidentialité disponible sur le site www.dermodesign.fr)

OUI NON

A

Le

J'autorise l'utilisation des images et photographies partielles prises avant, pendant et après l'acte :

LE/LA CLIENT(E)

SIGNATURE
avec mention

LA TECHNICIENNE

Audrey GLUSSI

OUI NON

manuscrite obligatoire :
"Lu et approuvé"

Fait en 2 exemplaires, dont un est remis au client qui le reconnaît.