

AURELIE ART BEAUTY

26 rue des sœurs blanches – 74 000 ANNECY

Tél : 06.46.57.72.93 – Email : contact@aurelie-art-beauty.com

Cliente :

Adresse mail :

Téléphone :

Date : / /

CONSENTEMENT ECLAIRE PREALABLE A UNE 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 :

1. Vous m'avez remis l'information prévue par le dit arrêté.
2. Vous m'avez informé de manière claire et détaillée.
 - a. Du caractère éventuellement douloureux des actes
 - b. Des risques d'infections
 - c. Des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide
 - d. Du temps de cicatrisation adapté à la technique qui a été mise en œuvre et des risques cicatriciels
 - e. Du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporel définitive
 - f. Des risques allergiques notamment liés aux encres de tatouage
 - g. Des risques de modification de la couleur du pigment qui dépend du renouvellement cellulaire de ma peau et de son exposition au soleil
 - h. Du caractère nécessaire et conseillée d'une retouche payante dans un délai de 12 à 18 mois.
 - i. Qu'en cas de retouche supplémentaire au delà du forfait, celle-ci sera facturée du montant de l'aiguille et des pigments utilisés.
3. Vous avez procédé à la recherche de contre-indication au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitement, 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.
7. J'autorise l'utilisation des photographies prises avant l'acte, lors de la séance de pigmentation et celles de contrôle.
8. J'autorise la conservation de mes données personnelles pour le bon suivi de mon maquillage permanent , à savoir le nom des pigments ainsi que les lots de série de celui-ci , de même que pour les aiguilles. également la technique utilisée.

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 :

Date / Signature
La cliente
« lu et approuvé »

Date / Signature
Le professionnel
« lu et approuvé »

QUELS SONT LES RISQUES LIES A LA DERMOPIGMENTATION ?

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 liquide biologique (pas toujours visible) 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 piqure 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.

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 15 jours à 1 mois après la prestation peut parfois être nécessaire afin d'optimiser le résultat. Je reconnais avoir été informé 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 et au verso de celui-ci.

La cliente
« lu et approuvé »

Le professionnel
« lu et approuvé »

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DERMOPIGMENTATION ESTHÉTIQUE ET RÉPARATRICE

- Êtes-vous enceinte ?
- Avez-vous consommé de l'alcool dans les dernières 24 heures ?
- Êtes-vous allergique aux latex ?
- Avez-vous eu un peeling laser ou chimique au cours des six derniers mois ?
- Avez-vous déjà eu un maquillage Maquillage Permanent ou un tatouage
- Avez-vous des bleus facilement
- Employez-vous quotidiennement des produits exfoliants
- Portez-vous des lentilles de contacts ?
- Êtes-vous allergique ou sensible aux métaux par exemple Bijoux ?
- Avez-vous des difficultés à cicatriser sur des petites blessures ?
- Fumez-vous
- Avez-vous des problèmes cardiaques ?
- Êtes-vous diabétique ?
- Avez-vous des maladies auto-immune ?
- Êtes-vous sensible ou allergique aux crèmes pour les mains ou lotion du corps ?
- Êtes-vous indisposée ?
- Avez-vous des taches d'hyperpigmentation ?
- Développez-vous des chéloïdes sur cicatrice?
- Avez-vous facilement des cicatrices sur des petites blessures ?
- Avez-vous tendance à perdre connaissance ou à vous étourdir ?
- Saigner-vous excessivement sur des coupures mineures
- Avez-vous des implants , des prothèses ?
- Consommez-vous quotidiennement de l'aspirine?
- Avez-vous déjà eu des boutons de fièvre ?
- Êtes-vous sensible aux produits dérivés des produits à base de pétrole ?
- Avez-vous déjà subi des injections type Botox , acide hyaluronique ?
- Êtes-vous sous traitement type chimiothérapie ou radiation ?
- Prenez-vous actuellement ou avez-vous consommé des produits contre l'acné ?
- Avez-vous un pacemaker ?
- Êtes-vous actuellement sous traitement (médicaments) ?
- Êtes-vous asthmatique ?
- Êtes-vous allergique au maquillage ?
- Avez-vous les yeux secs ?
- Avez-vous l'habitude de vous exposer au soleil ou de faire du solarium ?
- Avez-vous des antécédents de cancer ?
- Avez-vous des antécédents d'AVC ou de crise cardiaque ?
- Rencontrez-vous des problèmes lors de l'anesthésie chez votre dentiste ?

Date / Signature
La cliente
« lu et approuvé »

Date / Signature
Le professionnel
« lu et approuvé »