

Client.e :

Technique :

Date de naissance :

Zone travaillée :

Tél :

Date :

Mail :

Heure :

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**, des **anticoagulants** ou avez des **problèmes cardiologiques**
- Si vous êtes sujet(te) aux **allergies métaux** (chrome, cuivre, nickel, etc...)
- Si vous souffrez d'une **maladie auto-immune** (sclérose en plaques, etc...)
- Si vous souffrez d'une **maladie immunodéprimée** (VIH, cancer, etc...)
- Si vous souffrez de **plaies ouvertes** et/ou **eczéma** et/ou **éruptions cutanées** dans la zone de traitement
- Si vous souffrez de **diabète non contrôlé**
- Si vous êtes sous traitement de type **Roacutane** ou si vous souffrez d'une forme d'**acné active**
- Si vous souffrez d'**infections systémiques** (hépatite de type A, B, C, D, E ou F)
- Si vous souffrez de **conjonctivite** ou d'**asthme**
- Si vous êtes **allergique au latex**
- Si vous souffrez d'**infections locales sévères de la peau** (par ex herpès, rosacée ou bouton de fièvre)
- Si vous êtes **enceinte** ou en **période d'allaitement**
- Si vous êtes sous **traitement à la vitamine A acide**, aux **acides de fruits AHA**
- Si vous présentez des **cicatrices dans la zone de traitement** ou avez des **problèmes de cicatrisation**
- Si vous avez fait l'objet d'une **décoloration** ou **teinture**
- Si vous avez fait l'objet d'une **pose de faux cils**
- Si vous faites l'objet d'**allergies médicamenteuses**
- Si vous êtes sujets aux **dermatoses** (chéloïdes, kératose solaire, verrues et/ou grains de beauté)
- Si vous faites l'objet d'une **chimiothérapie, radiothérapie** ou un **traitement à hautes doses aux corticostéroïdes**
- Si vous êtes sous l'**emprise de l'alcool** ou de **la drogue**
- Si vous avez subi une **intervention de chirurgie** ou de **médecine esthétique**

A 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 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.

Je reconnais avoir été informé(e) 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 informer des contre-indications dont je pourrais faire l'objet qui seraient un obstacle à la dermopigmentation.

Je m'engage à me rendre à votre rendez-vous post-pigmentation et à me soumettre aux soins et recommandations prescrits avant et après l'acte envisagé.

Conformément à l'arrêté du 03 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en oeuvre des techniques de pigmentation 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(e) de manière claire et détaillée :

- Du caractère éventuellement douloureux des actes et 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 pigmentation.
- 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.

PIGMENTS

N°LOT

AIGUILLES

N°LOT

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

DATE et
SIGNATURE
client.e

Mention manuscrite obligatoire :
« Lu et approuvé »



DERMOPIGMENTATION
RÉPARATRICE
&
MAQUILLAGE
SEMI-PERMANENT

AUTORISATION DE PRISE DE VUE
ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES

CESSION DE DROITS

Je soussigné(e),

Né(e) le : à

Demeurant :

DÉCLARE ET RECONNAIS

- Avoir consenti à la fixation de mon image lors de la prise de vue qui s'est tenue ce jour.
- Que les images ou photographies prises à cette occasion ne comportent aucune scène de nudité,
- Que le thème des Photographies est la beauté autour du Maquillage Permanent,
- Être entièrement investi(e) de mes droits personnels et n'être lié(e) à un tiers par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de mon image,
- Que ces photographies ont pour objectif de vérifier le résultat visible de la prestation réalisée.

...

J'accepte qu'une partie de mon image (zone du corps uniquement travaillée par AVRIL dermo esthétique) soit diffusée à but commercial sur un support numériques pour une durée de 5 ans. oui non

DATE et
SIGNATURE
client.e

Mention manuscrite obligatoire :
« Lu et approuvé »