

# Jojo-Lita sublimatrice

## FICHE CLIENT SUBLIMATION MAQUILLAGE PERMANENT

Nom: .....	Prénom: .....
Date de naissance: .....	Adresse: .....
Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Code Postal: .....
Ville: .....	Pays: .....
E-mail: .....	Téléphone: .....

*Veillez répondre précisément au questionnaire suivant.*

*Veillez trouver ci-dessous la liste des contre-indications qui pourraient altérer le bon déroulement de la sublimation ou de sa cicatrisation.*

### 1) Êtes vous atteint(e) de l'une de ces maladies?

- |                    |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
| - Eczéma/Psoriasis | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Hypertension                                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Diabète          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - déficience du système immunitaire              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Hémophilie       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Problèmes cardiaques                           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Acné             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Hépatite A, B, C/HIV                           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Herpès           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Hypersensibilité                               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Avez-vous des allergies? (lidocaïne, latex...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Fumez-vous?      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Êtes-vous enceinte?                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### 2) Prenez-vous des médicaments?

- |  |   |
|--|---|
| - Acides acétylsalicyliques (fluidifiants sanguins) de type aspirine ou autre<br><i>il est conseillé de suspendre la prise de ces médicaments pendant 5 jours avant le traitement et attendre 4 heures après le traitement avant la reprise avec accord écrit du médecin. Ces médicaments entraînent des saignements importants et provoquent la dilution du colorant, ce qui peut modifier le résultat de la sublimation.</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Corticoïdes  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Rétinol (vitamine A qui favorise le renouvellement cellulaire et donc empêche la bonne prise du pigment)   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Roaccutane (traitement contre l'acné, affaiblit la peau)   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Tous médicaments contre l'eczéma<br><i>Les médicaments contenant des corticoïdes affaiblissent la peau. Il est donc préférable d'attendre la guérison complète de la peau avant tout traitement de maquillage permanent.</i>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Autres traitements   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### COULEUR (À REMPLIR PAR LA SUBLIMATRICE)

Aiguilles: .....	Date d'expiration: .....
N° de lot: .....	
Pigments: .....	Date d'expiration: .....
N° de lot: .....	
Retouches (date): .....	
Aiguilles: .....	Date d'expiration: .....
N° de lot: .....	
Pigments: .....	Date d'expiration: .....
N° de lot: .....	

Je soussigné(e) Mme/Mr ..... certifie sur l'honneur que les réponses que j'ai donné sont conformes à la réalité et par la présente, je décharge Mme ..... de toutes responsabilités dans le cas contraire. J'ai pris la décision de faire réaliser un maquillage permanent après mûre réflexion et en toute liberté.

Lu et approuvé

Fait à ..... le .....

**SKINIAL®**

chez *Jojo-Lita sublimatrice*

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MUTUEL ÉCLAIRÉ**

J'ai été correctement informé(e) de la procédure de dermo-pigmentation.

Tout acte de pigmentation, même réalisé par un professionnel et dans le respect de la législation, comporte un risque. Tous les dangers ne pouvant être exclus, toutes les mesures de prévention seront prises : désinfection des surfaces de travail, aiguilles, consommables, gants à usage unique, pigments de qualité aux normes européennes, pré-dessin, photos...

Un tracé et une couleur (qui seront nuancés selon mes goûts) me seront proposés. Quand le projet aura reçu mon entière approbation, la pigmentation pourra être réalisée.

J'ai été informé(e) que, dans les heures qui suivent la sublimation, quelques réactions peuvent se produire: gonflements, rougeurs et/ou sensibilité locale. Ces réactions disparaîtront dans les 48 heures (jusqu'à 1 semaine pour les peaux particulièrement sensibles). Dans les jours qui suivront la sublimation, de légères démangeaisons peuvent être ressenties accompagnées d'un dessèchement cutané avec la formation de mini croûtes ou, très exceptionnellement, l'apparition d'un petit hématome local.

J'ai été informé(e) que le résultat couleur de la pigmentation du microblading ne sera jamais aussi intense qu'un maquillage cosmétique classique.

Un résultat de qualité n'est pas toujours acquis lors de la première séance. Une retouche est prévue dans les 6 à 8 semaines qui suivent la première pigmentation, ce qui correspond au renouvellement cutané complet de la peau de la zone traitée ainsi que sa cicatrisation complète.

Je suis averti(e) que le prix de ma pigmentation comprend une retouche (hors promo). Toutes les retouches supplémentaires seront facturées.

Le résultat peut varier d'une personne à l'autre et d'une zone corporelle à l'autre. Il m'a également été précisé qu'en fonction de la qualité et du phototype de ma peau, la tenue de la pigmentation durera entre 1 an et 1 an et demi. La couleur est donc susceptible de se dénaturer et devra être ré-intensifiée par un entretien régulier.

J'ai bien lu et rempli la fiche médicale. Je certifie que mes réponses sont honnêtes. Je ne suis pas sous l'emprise de drogues ou d'alcool. La décision de procéder à cette sublimation a été prise en pleine connaissance et en toute liberté.

Je conserve un exemplaire de ce document sur lequel je retrouve, en annexe, les recommandations après pigmentation qui m'ont été expliquées et que je suivrai scrupuleusement.

La pigmentation entraînant une petite effraction cutanée, les soins à apporter devront débuter le jour même pour éviter toute complication infectieuse.

Nom..... date ..... précédé de la mention "Lu et Approuvé".