

# FICHE CLIENT

POST-OPÉRATOIRE - AUTOUR DU BUSTE  
FEMME - FEMME-PAPILLON - HOMME

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Adresse :  
Ville : Pays :  
Code Postal : Téléphone :  
E-mail : Facebook :

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.

Le tatouage entraîne de minimes saignements ou de microscopiques projections de sang ou de liquides biologiques (pas toujours visibles) et peut 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.

Dr

Merci de répondre rigoureusement aux questions suivantes.



*Jojo-Lita*

• Quelle est la date de la dernière intervention ?

• Nom du ou de la chirurgien·ne

• Quelle type de reconstruction :

Grand dorsal      Abdominal (Diep)      Cuisse (Gracilis)      Mastopexie/Ptose      Expendeur

• Y a-t-il eu reconstruction du mamelon ?      du téton ?      Un tatouage déjà réalisé ?

• Y a-t-il une aréole controlatérale ?      OUI      NON

• Devez-vous subir une nouvelle intervention ?      OUI      NON

*Si oui, la quelle et quand ?*

• Avez-vous des problèmes de cicatrisations      OUI      NON

*Comment s'est passée la cicatrisation lors de votre dernière chirurgie ?*

• Êtes-vous sous hormonothérapie ?      OUI      NON

• Êtes-vous sous chimiothérapie ?      OUI      NON      ou radiothérapie ?      OUI      NON

*Commentaire*

• Prenez-vous des anti-coagulants ?      OUI      NON      Des anti-inflammatoires ?      OUI      NON

• Avez-vous pris récemment de l'aspirine ?      OUI      NON

• Avez-vous consommé de l'alcool ou de la drogue récemment ?      OUI      NON

• Souffrez-vous d'alcoolisme ou autre addiction ?      OUI      NON

*Si oui, laquelle ?*

• Souffrez vous de problèmes cardiologiques ?      OUI      NON

• Souffrez vous d'asthme ?      OUI      NON

• Souffrez vous d'une maladie auto-immune ? (HIV, sclérose en plaque, etc.)      OUI      NON

• Prenez-vous des immunosuppresseurs ?      OUI      NON

• Vous sentez vous fatigué ?      OUI      NON

• Votre peau est-elle déshydratée ?      OUI      NON

• Êtes-vous enceinte ?      OUI      NON

• Comment percevez-vous votre féminité ?

• Appréhendez-vous que l'on vous touche la poitrine ?      OUI      NON

• Êtes-vous prête pour la dernière étape de reconstruction ?      OUI      NON

• DIVERS

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 attendu, qu'il persiste enfin un caractère subjectif en matière d'esthétique. Des retouches après la prestation sont nécessaires 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 fournir toutes les informations sur mon état de santé, lors de notre 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 sur les autres documents d'informations que j'ai signés. (Devis, informations relatives au tatouage, consentement éclairé, décret n°2008-149, recommandations et précautions préalables et post-tatouage).

La cliente  
« Lu et approuvé »

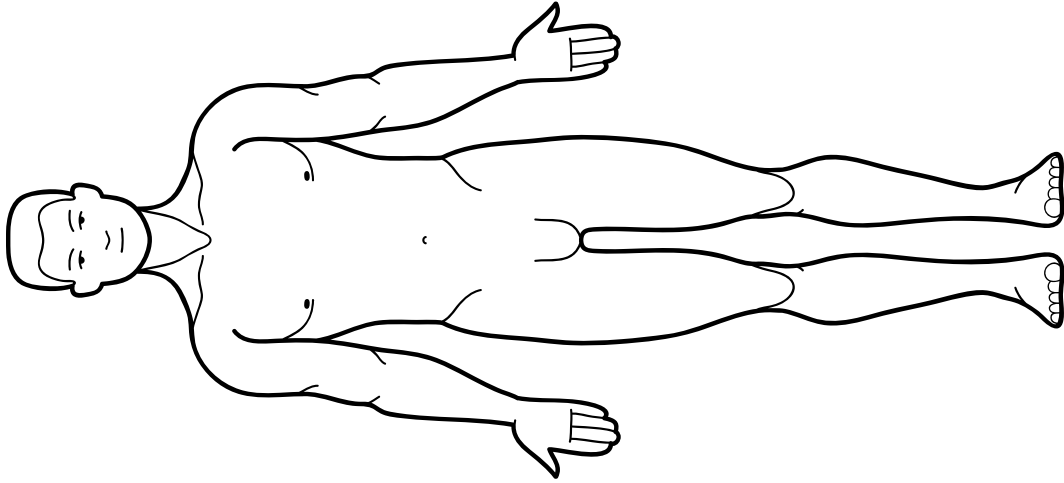
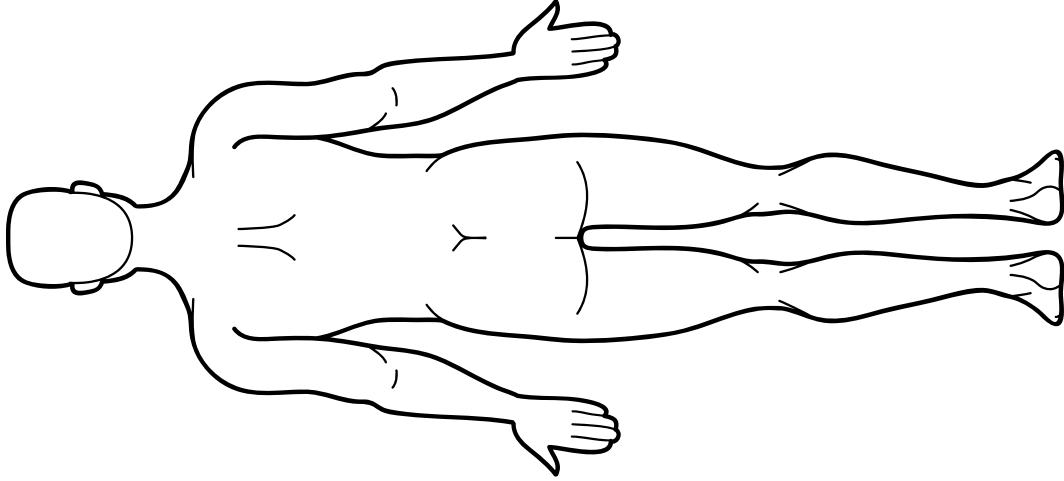
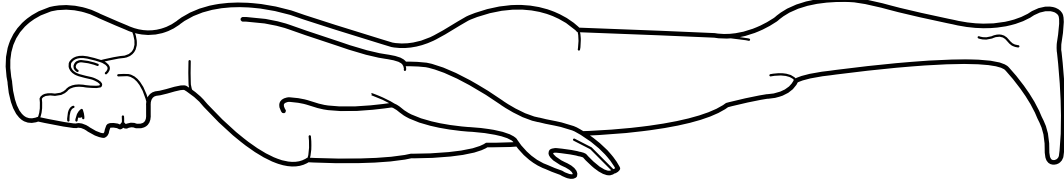
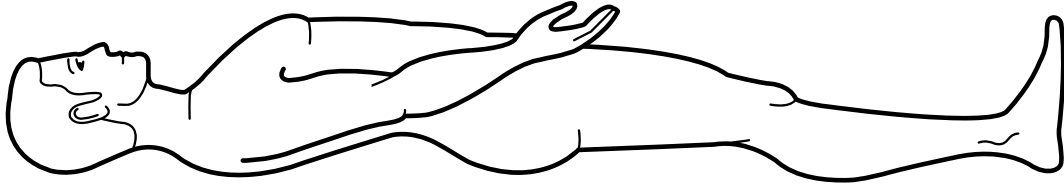
La praticienne  
Jojo-lita

**• Comment avez-vous entendu parler de Jojo-lita ?**

Bouche à oreille

Article de presse ou reportage TV

Réseau sociaux (Facebook, Youtube, etc.)



AIGUILLE : .....

Référence : ..... Fournisseur : .....

Référence encre : .....

GANTS :

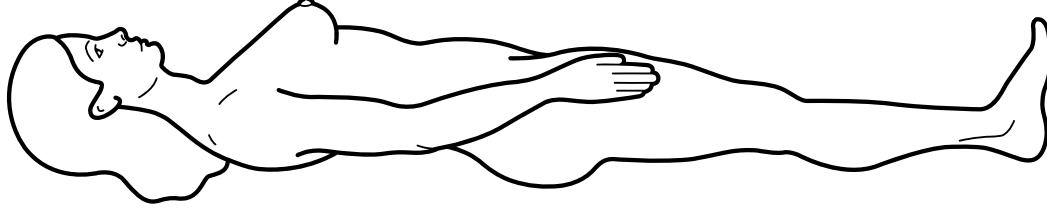
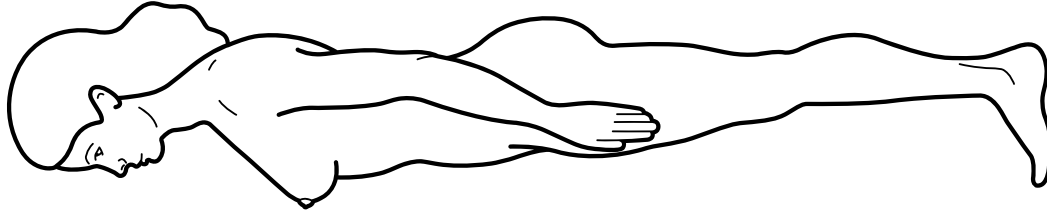
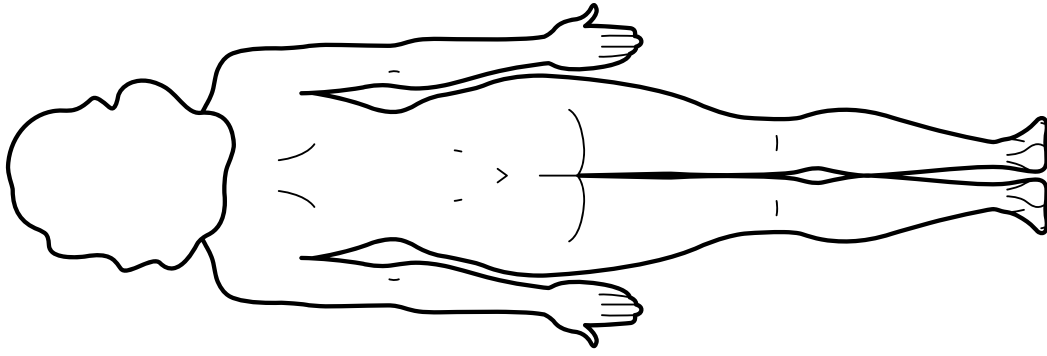
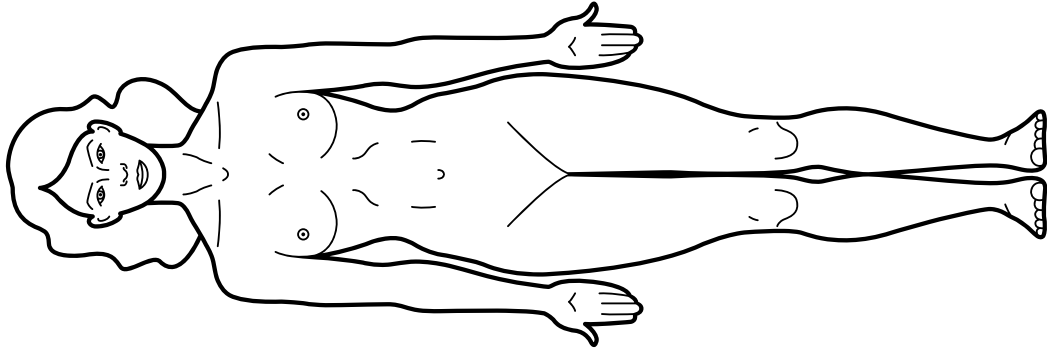
Latex

Nitril

CRÈME :

Vaseline

Végan



AIGUILLE: .....

Référence:..... Fournisseur:.....

Référence encre: .....

GANTS:

Latex

Nitril

CRÈME:

Vaseline

Végan