

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PRÉCAUTIONS ET PROTOCOLE DE DÉCHARGE

■ PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS :

- Ne pas être sous l'influence de stupéfiants, de l'alcool, d'anticoagulants, de corticoïdes ou d'aspirine.
- Ces sublimations ne sont pas recommandées en cas de: chimiothérapie, radiothérapie, cancer évolutif, hémophilie, diabète, allergies (sous conditions à approfondir avec la tatoueuse), maladies auto-immunes, virales, grossesse, port de pacemaker, pathologie cardiaque récurrente, épilepsie.
- En cas d'herpès, la praticienne ne pourra pas tatouer la partie souhaitée.
Un traitement sera recommandé à la personne et devra être pris avant le jour de la sublimation.
- En cas de tatouage reconstructeur (post-cicatriciel), la personne devra fournir une attestation du médecin autorisant la sublimation sur la zone en question.

■ PROTOCOLE DE DÉCHARGE :

Je déclare accepter par la présente décharge :

- Les recommandations données par la praticienne afin de réaliser la sublimation dans les meilleures conditions.
- La capture vidéo de la sublimation ainsi que la publication de ce film sur le site web de la praticienne à des fins uniquement de démonstration et publicitaires.
- Le projet établi avec la praticienne avant l'a sublimation qui sera consigné sur une fiche client conservée par la praticienne.

Je m'engage à déclarer :

- Tout antécédent médical et tout traitement susceptible de contre-indiquer la sublimation.
- Avoir reçu toutes les informations sur le contenu de la séance (pratique, nature de la sublimation, matériel à usage unique, risques et conséquences éventuelles et exceptionnelles).

☐ J'autorise la professionnelle à pratiquer la sublimation sur mon corps une fois que la décharge et la fiche de création du projet à sublimer sont signées et approuvées par les deux parties.

Fait à

Le

Signature Praticienne

Signature Client(e)



Jojo Lita

L'ÂME À ZONE

L'art de réconcilier le corps et l'histoire qu'il raconte

ARTISTE TATOEUSE À VISÉE RÉPARATRICE

POST-OPÉATOIRE, POST-CHIRURGIE
ESTHÉTIQUE & ARTISTIQUE

MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT

FICHE CLIENT(E) ET QUESTIONNAIRE

Nom/ Prénom

Date de naissance

Sexe

Adresse

Ville

Pays

Code Postal

Profession

Numéro Téléphone

Adresse mail

Veuillez répondre précisément au questionnaire suivant.

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

Êtes vous atteint(e) de l'une de ces maladies? (cochez si oui)

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Eczéma/Psoriasis | <input type="checkbox"/> | • Hypertension | <input type="checkbox"/> |
| • Eczéma/Psoriasis | <input type="checkbox"/> | • Déficience du système immunitaire | <input type="checkbox"/> |
| • Diabète | <input type="checkbox"/> | • Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> |
| • Hémophilie | <input type="checkbox"/> | • Hépatite A, B, C/HIV | <input type="checkbox"/> |
| • Acné | <input type="checkbox"/> | • Hypersensibilité | <input type="checkbox"/> |
| • Herpès | <input type="checkbox"/> | • Avez-vous des allergies? | <input type="checkbox"/> |

Etes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

Fumez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des médicaments?

Acides acétylsalicyliques (fluidifiants sanguins) de type aspirine ou autre Oui ☐ Non ☐

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.

Corticoïdes ☐ Oui ☐ Non

Rétinol ☐ Oui ☐ Non

(vitamine A qui favorise le renouvellement cellulaire et donc empêche la bonne prise du pigment)

Roaccutane ☐ Oui ☐ Non

(traitement contre l'acné, affaiblit la peau).

Tous médicaments contre l'eczéma. ☐ Oui ☐ Non

(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.)

Autres traitement ☐ Oui ☐ Non

MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT

COULEUR (À REMPLIR PAR LA PRATICIENNE)

Aiguilles :

Num de lot :

Date d'expiration :

Pigments:

Num de lot :

Date d'expiration

Retouches (DATE) :

Aiguilles :

Num de lot :

Date d'expiration :

Pigments:

Num de lot :

Date d'expiration

Je soussigné(e) Mme/Mrcertifie 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

Signature Praticienne

Signature Client(e)

MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MUTUEL

- Je déclare avoir été informé(e) de manière claire et complète sur la procédure de dermo-pigmentation, ses objectifs, son déroulement, ainsi que les risques éventuels liés à cet acte, même réalisé par un professionnel dans le respect des normes d'hygiène et de sécurité. Des réactions peuvent apparaître après la séance : rougeurs, gonflements, sensibilité locale, démangeaisons, dessèchement de la peau avec formation de petites croûtes, et, plus rarement, un léger hématome. Ces effets sont généralement temporaires (48h à 1 semaine selon la sensibilité de la peau).
- Toutes les précautions seront prises : désinfection du poste de travail, usage d'aiguilles, gants et consommables à usage unique, pigments conformes aux normes européennes. Un pré-dessin me sera présenté avec la forme et la couleur ajustées à mes préférences. La pigmentation ne débutera qu'après mon accord complet.
- J'ai bien compris que le rendu final sera plus discret qu'un maquillage classique, et qu'une retouche, incluse dans le tarif (hors promotions), est prévue entre 6 et 8 semaines. D'autres retouches, si nécessaires, seront facturées. La tenue du résultat dépend de la zone pigmentée, de mon type de peau et de mon phototype. Elle peut varier de 12 à 18 mois. Un entretien régulier est conseillé pour maintenir l'intensité de la couleur.
- J'ai rempli la fiche médicale de manière honnête. Je certifie ne pas être sous l'emprise de drogue ou d'alcool. Je prends cette décision librement, en pleine connaissance des informations qui m'ont été communiquées.
- Je conserve un exemplaire de ce document, avec en annexe les recommandations post-traitement que je m'engage à suivre dès le jour même afin de prévenir toute complication infectieuse.

Nom:

Date:.....

Précédé de la mention "Lu et Approuvé"

Signature Praticienne

Signature Client(e)



Jojo Lita

L'ÂME À ZONE

L'art de réconcilier le corps et l'histoire qu'il raconte

ARTISTE TATOEUSE À VISÉE RÉPARATRICE

POST-OPÉRATOIRE, POST-CHIRURGIE
ESTHÉTIQUE & ARTISTIQUE