

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

FICHE CLIENT(E)

POST-OPÉRATOIRE / AUTOUR DU BUSTE FEMME - TRANSGENRE - HOMME - LGBTQIA+

Nom/ Prénom			
Date de naissance		Sexe	
Adresse			
Ville		Pays	
Code Postal		Profession	
Numéro Téléphone		Adresse mail	

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

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

FICHE CLIENT(E)

QUESTIONNAIRE

Quelle est la date de la dernière intervention ?

Nom du ou de la chirurgien(ne)

.....

Quelle type de reconstruction

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 ☐

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

.....



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

FICHE CLIENT(E)

- ☐ 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).

Signature de la praticienne
précédé de la mention
"lu et approuvé"

Signature client(e)
précédé de la mention
"lu et approuvé"



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

ZONE(S) À SUBLIMER

(entourer la zone) ou écrire ci dessous :

.....

MATÉRIEL À UTILISER

Aiguille :

.....

Référence :

Encre :

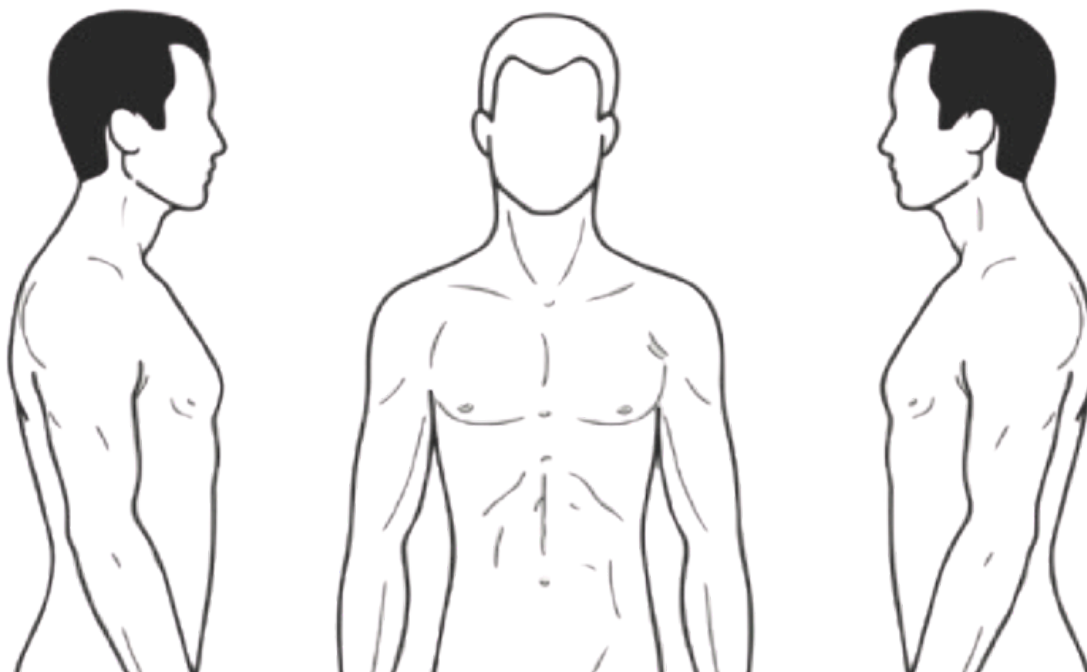
Référence :

Gants :

- Latex ☐
- Vaseline ☐

Crème :

- Nitrile ☐
- Vegan ☐



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