

# 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

# CAPILLAIRE

## FICHE CLIENT(E) ET QUESTIONNAIRE

Nom/ Prénom

Date de naissance

Sexe

Adresse

Ville

Pays

Code Postal

Profession

Numéro Téléphone

Adresse mail

### QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Comment avez-vous entendu parler de jojo-lita?

☐ Bouche à oreille ☐ Reportages TV, articles de presse ☐ Réseaux sociaux ☐ Autres : .....

Suivez-vous/ Avez-vous suivi un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, veuillez préciser lequel et quels en sont les effets ?*

Etes-vous atteint d'une maladie transmissible par le sang (VIH, Hépatite) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des allergies ? ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, veuillez préciser lesquelles*

Avez-vous subi une/des opération(s) chirurgicale(s) ? ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, veuillez préciser la date et le type de procédure*

Avez-vous déjà eu de l'herpès ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous atteint de diabète ? ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, veuillez préciser le type*

Etes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

### DIAGNOSTIC

Type de sublimation: Micro-pigmentation/ Maquillage (40€) ☐ Post-cicatrice (80€) ☐ Tricothérapie (150€) ☐

- 1ère séance (Diagnostic+test): Date.....Montant.....
- 2ème séance (Jour de la sublimation): Date.....Montant.....
- 3ème séance (1ère constatation): Date.....Montant.....
- 4ème séance (Retouches): Date.....Montant.....

Fait à .....

Signature Praticienne

Signature Client(e)

Le .....

# CAPILLAIRE FÉMININ

## FICHE CLIENT(E) ET QUESTIONNAIRE

### ZONE(S) À SUBLIMER

(entourer la zone) ou écrire ci dessous :

.....

### MATÉRIEL À UTILISER

Aiguille :

.....

Référence : .....

Encre : .....

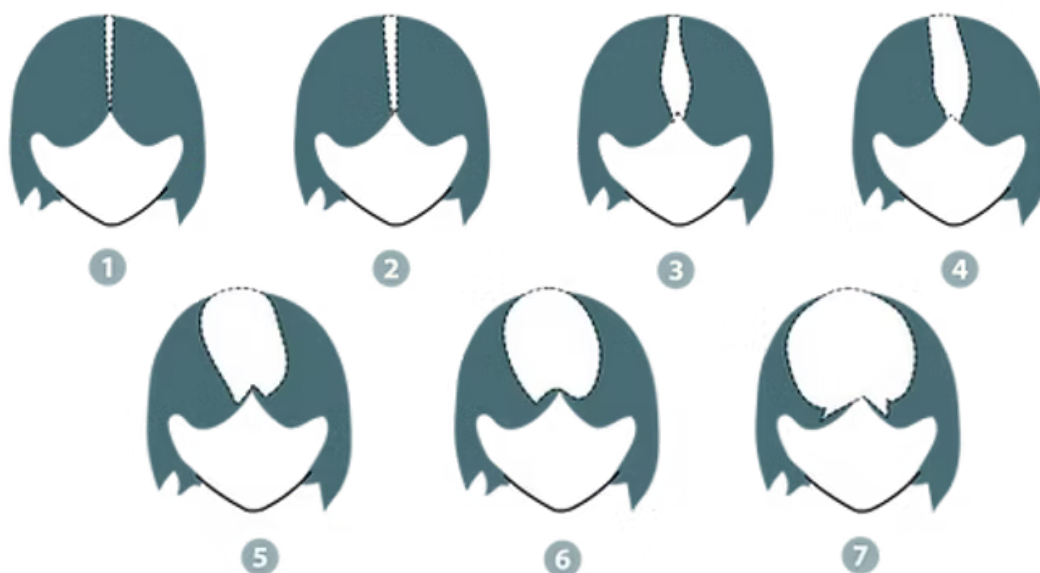
Référence : .....

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