

BLUSH

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU MAQUILLAGE PERMANENT

CLIENT(E) / RESPONSABLE LEGAL

Nom / Prénom :
Date de Naissance :/...../..... N° C.I. :
Email :
Téléphone :

PRATICIEN(NE)

Nom / Prénom :
Technique réalisée :
Pigment : Prix :
Date : Heure :

INFORMATIONS ET RISQUES

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. Tous les maquillages permanents entraînent de minimes saignements ou de microscopiques projections de sang ou de liquides biologiques (pas toujours visibles) et peuvent 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 (anticoagulant...), 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.

Afin de vous apporter une sécurité sanitaire totale pendant la réalisation de l'acte BLUSH s'engage à :

- Utiliser uniquement des encres conformes aux normes réglementaires (REACH).
- Utiliser du matériel stérile pour tous les actes.
- Pratiquer une asepsie de la peau saine avant tout acte.
- Vous recevoir dans un environnement conforme à la réglementation en vigueur.
- Vous informer des bonnes pratiques liées à la cicatrisation de votre maquillage permanent.

CONTRE INDICATIONS

Si vous pensez rencontrer l'une de ces contre indications, il est important de consulter votre médecin traitant préalablement à l'acte. (Un certificat médical, pourra dans certains cas vous être demandé).

- Grossesse, Allaitement.
- Hémophilie ou Cicatrisation difficile.
- Prise de médicaments ou traitements médicaux : Roacutane, anti-inflammatoires, anticoagulants, chimiothérapie, ...
- Allergies : Chrome, Nickel, Iode, Latex, ...
- Maladies : Sclérose en plaques, VIH, Cancers, Hépatites B ou C, Diabète, Trouble de l'immunité, Epilepsie, ...
- Affections cutanées : Eczéma, Psoriasis, Acné, Plaies, Keratoses, Dermatoses, Chéloïdes, ...
- Problèmes cardiaques, Pacemaker.
- Coup de soleil (Brûlure).
- Mineurs, sauf avec autorisation parentale et présence des responsables légaux.

Avez vous une maladie ? OUI NON

Si OUI, laquelle ?

Suivez vous un traitement ? OUI NON

Si OUI, lequel ?

Êtes vous enceinte ou allaitante ? OUI NON

CONSENTEMENT ECLAIRE

Conformément à l'arrêté du 03 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent, j'atteste que :

- Je m'engage de mon côté à vous informer des contre-indications dont je pourrais faire l'objet qui seraient un obstacle à la dermopigmentation.
- Je m'engage à me soumettre aux soins et recommandations prescrits avant, pendant et après l'acte envisagé.
- Vous m'avez remis l'information prévue par ledit arrêté.
- J'ai pris note qu'il existe un certain degré d'imprévisibilité dans la qualité ou la durée du résultat attendu, qu'il persiste enfin un caractère subjectif en matière d'esthétique.
- Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitements, et interventions éventuelles que j'ai à ce jour.
- Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.
- Je vous ai donné mon accord irrévocable pour le tracé et la couleur des pigments utilisés pour mon maquillage permanent.
- J'ai pu constater que les emballages des aiguilles et des pigments utilisés pour mon intervention ont été ouverts devant moi afin de garantir leur caractère unique, jetable et stérile.
- Vous m'avez informé(e) de manière claire et détaillée :
 - Du caractère éventuellement douloureux des actes.
(Veuillez noter qu'en cas de trop forte douleur qui nous conduirait à mettre un terme au rendez-vous, les produits / matériaux ayant été ouverts et utilisés, aucun remboursement ne sera possible; toutefois nous pourrions, reprogrammer un rendez-vous dans un délai d'un mois).
 - Des risques d'infections.
 - Des précautions à respecter avant, pendant et après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide.
 - Du temps de cicatrisation adaptée à la technique qui a été mise en œuvre et des risques cicatriciels.
 - Du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive (A vie).
 - Des risques allergiques notamment liés aux encres de tatouage.
 - Des risques de modification de la couleur du pigment qui dépend du renouvellement cellulaire de ma peau et de son exposition au soleil.
 - Du caractère nécessaire et conseillé d'effectuer une retouche dans un délai de 3 à 6 semaines, ainsi que tous les 12 à 18 mois.

J'ai reçu, pris connaissance et lu l'ensemble des informations figurant sur ce document, c'est pourquoi après un délai de réflexion suffisant ainsi qu'une évaluation sérieuse, je vous donne mon consentement à la réalisation d'un maquillage permanent, sur la zone suivante :

SOURCILS Pigment : N° de lot :
Pigment : N° de lot :

CLIENT(E) :

Date et signature

Mention obligatoire
« Lu et approuvé »

PRATICIEN(NE) :

BLUSH