



AUDREY VERRANDO

MAQUILLAGE PERMANENT / DERMOPIGMENTATION ESTHETIQUE

INFORMATIONS ET RISQUES LIÉS AU MAQUILLAGE PERMANENT

Client:

Tél :

Date de naissance :

Mail:

Date :

Technique:.....

SOURCILS

LÈVRES

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 les règles d'hygiène ne sont pas respectées. 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, 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. Les pigments utilisés dans le cadre de votre prestation contiennent du nickel et du chrome.

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 vous être demandé.)

- Si vous prenez des **anti-inflammatoires**, des **anticoagulants** ou avez des **problèmes cardiologiques**
- Si vous êtes sujet(te) aux **allergies aux métaux** (chrome, cuivre, nickel, etc...)
- Si vous souffrez d'une **maladie auto-immune** (sclérose en plaques, etc...)
- Si vous souffrez d'une **maladie immunodéprimée** (VIH, cancer, etc...)
- Si vous souffrez de **plaies** ouvertes et/ou **eczéma** et/ou **éruptions cutanées** dans la zone de traitement
- Si vous souffrez de **diabète non contrôlé**
- Si vous êtes sous traitement de type **Roacutane** ou si vous souffrez d'une forme d'**acné active**
- Si vous souffrez d'**infections systémiques** (hépatite de type A, B, C, D, E ou F)
- Si vous souffrez d'**asthme**
- Si vous êtes allergique au **latex**
- Si vous souffrez d'**infections locales** sévères de la **peau** (par ex herpès, rosacée ou bouton de fièvre)
- Si vous êtes **enceinte** ou en **période d'allaitement**
- Si vous êtes sous traitement à la **vitamine A acide**, **aux acides de fruits AHA**
- Si vous présentez des **cicatrices** dans la zone de traitement ou avez des problèmes de **cicatrisation**
- Si vous avez fait l'objet d'une **décoloration** ou **teinture**
- Si vous faites l'objet d'**allergies médicamenteuses**
- Si vous êtes sujets aux **dermatoses** (chéloïdes, kératose solaire, verrues et/ou grains de beauté)
- Si vous faites l'objet d'une **chimiothérapie**, **radiothérapie** ou un traitement à hautes doses aux **corticostéroïdes**
- Si vous êtes sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue
- Si vous avez subi une intervention de **chirurgie** ou de **médecine esthétique**

A MA CONNAISSANCE, JE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION MÉDICALE CONNUE.

CONSENTEMENT ECLAIRÉ

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 du résultat attendu**, qu'il persiste enfin un caractère subjectif en matière d'esthétique. Une seconde visite de **30 à 45 jours** après la

prestation est nécessaire afin d'optimiser le résultat. En effet le renouvellement cellulaire intervient **au bout de 28 jours**. Il n'est donc pas possible d'envisager une retouche préalablement à ce mois.

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 informer des contre-indications dont je pourrais faire l'objet qui seraient un obstacle à la dermopigmentation. Je m'engage à me rendre à votre rendez-vous post-pigmentation 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.

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

1. Vous m'avez remis l'information prévue par le dit arrêté.
2. Vous m'avez informé(e) de manière claire et détaillée :
 - Du caractère éventuellement douloureux des actes et des risques d'infections.
 - Des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide.
 - Du temps de cicatrisation adapté à la technique qui a été mise en oeuvre et des risques cicatriciels.
 - Du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive.
 - Des risques allergiques notamment liés aux encres de pigmentation.
 - 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 conseillée d'une retouche payante dans un délai de 12 à 18 mois.
3. Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au geste et je vous ai fait part des maladies, traitements, et interventions éventuels que j'ai à ce jour.
4. Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.
5. Je vous ai donné mon accord irrévocable pour le tracé et la couleur des pigments utilisés pour mon maquillage permanent.
6. 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.

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.

PIGMENTS	%	N° de LOT	EXPIRATION

AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES

- J'autorise **Audrey VERRANDO** à utiliser, à titre gratuit et exclusif des photographies (y compris sur leurs modifications, adaptations, retouches) me représentant ainsi qu'à exploiter ces clichés (autour du maquillage permanent), en partie ou totalité, pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date des présentes.

Les photographies susmentionnées sont notamment susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants (listes non exhaustive):

- Diffusion sur les réseaux sociaux (Linkedin, Facebook, Instagram, Twitter, Tik Tok ...),
- Diffusion sur le site **audreyverrando.fr**,
- Publication à des fins de communication externe, de relations publiques et/ou formation

SIGNATURES

Mention manuscrite obligatoire « Lu et approuvé, Bon pour accord »