



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PREALABLE À UNE SESSION DE MAQUILLAGE PERMANENT

CLIENTE :

PRATICIENNE :

ADRESSE :

TECHNIQUE :

TEL :Mail :

DATE :

INFORMATIONS ET RISQUES LIÉS AU MAQUILLAGE PERMANENT

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 piqure 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.

CONTRE-INDICATIONS A LA REALISATION D'UN MAQUILLAGE PERMANENT:
Si vous pensez rencontrer l'une des contres indications ci-dessous, il est important de demander l'avis de votre médecin traitant, préalablement à l'acte.

Si vous prenez des **anti-inflammatoires**

Si vous êtes sujet aux **allergies métaux** (chrome, cuivre, 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 d'une **maladie dermatologique active** (vitiligo, psoriasis, eczéma,...)

Si vous souffrez de **diabète**

Si vous êtes sous traitement de type **Roacutane**

Si vous prenez des **anticoagulants** ou avez des **problèmes cardiologiques**

Si vous avez récemment pris de l'**aspirine**

Si vous souffrez de **conjonctivite**

Si vous êtes **enceinte** ou en **période d'allaitement**

Si vous souffrez d'**un bouton de fièvre**

Si vous souffrez d'**asthme**

Si vous êtes sous traitement à la **vitamine A, aux acides de fruits AHA...**

Si vous avez des problèmes de **cicatrisation**

Si vous avez fait l'objet d'une **pose de faux cils**

Si vous faites l'objet d'**Allergies médicamenteuses**

CONSENTEMENT ECLAIRE

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 **4 à 6 semaines**, après la prestation, est nécessaire afin d'optimiser le résultat. En effet, le renouvellement cellulaire, **intervient entre 21 à 28 jours**. Il n'est donc pas possible d'envisager une retouche préalablement à cette période. Je reconnais avoir été informée 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, à me rendre à votre 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.

CONSENTEMENT ECLAIRE PREALABLE A UNE DERMOPIGMENTATION

Conformément à l'arrêté du 03 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en oeuvre des techniques de tatouage 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 de manière claire et détaillée :
 - Du caractère éventuellement douloureux des actes. 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 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 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 que 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**, sur la zone suivante :

YEUX
Aiguilles..... N° de lot.....
Pigments..... N° de lot.....

SOURCILS
Aiguilles..... N° de lot.....
Pigments..... N° de lot.....

LEVRES
Aiguilles..... N° de lot.....
Pigments..... N° de lot.....

AUTRE
Aiguilles..... N° de lot.....
Pigments..... N° de lot.....

MENTION MANUSCRITE OBLIGATOIRE :

Lu et approuvé, bon pour autorisation

Signature

La cliente

Le professionnel

Fait à GHISONACCIA le :



AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES-CESSIONS DE DROITS

Je soussigné(e).....
Né(e) le..... à
Demeurant à.....

1. DECLARE ET RECONNAIS :

- ° Avoir consenti à la fixation de mon image, lors de la prise de vue, qui s'est tenue ce jour, au BOUDOIR DE CORINNE.
- ° Que les images ou Photographies prises à cette occasion, ne comportent aucune scène de nudité intégrale.
- ° Que le thème des Photographies, est la beauté autour du maquillage permanent.
- ° Etre entièrement investi(e) de mes droits personnels, et n'être lié(e) à un tiers, par un contrat exclusif, pour l'utilisation de mon image.
- ° Que j'ai validé la fixation de mon image, et les Photographies, avant et après les prestations de maquillage permanent, effectuées avec mon accord.

2. CEDE :

AU BOUDOIR DE CORINNE, représenté par Corinne LECUYER, installée en auto entrepreneur, immatriculée au répertoire des métiers, sous le N° 332268903, dont l'adresse est située :
Avenue du 9 Septembre, Espace santé TAZIA, 20240 GHISONACCIA.
L'intégralité des droits d'exploitations attachés à mon image telle que, fixée sur les Photographies.

3. LES DROITS D'EXPLOITATIONS CEDES SONT :

Le droit de reproduire, de divulguer, d'incorporer, d'utiliser, de diffuser, d'exposer, de représenter et de communiquer au public, mon image, telle que fixée sur les Photographies (y compris sur leurs modifications, adaptations et retouches).

Les droits ci-dessus sont cédés à titre exclusif, pour une durée de cinq (5) ans, à compter de la date des présentes, pour le Monde entier, pour leur exploitation :

- ° A des fins de communication externe, de relations publiques, et/ou de formation.
- ° Sur internet et les réseaux sociaux, en tout format, par tout procédé technique présent et à venir, et notamment par les moyens suivants : Photographie, reproduction par scanner, numérisation, téléchargement sur une page Web, stockage ou tout acte de fixation temporaire, qu'implique la transmission numérique et la diffusion des Photographies sur le réseau Internet.

A..... Le

- MENTION MANUSCRITE OBLIGATOIRE

"LU ET APPROUVÉ, BON POUR AUTORISATION"

SIGNATURE