

CONSENTEMENT MUTUEL ÉCLAIRÉ

Comme vous me l'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que:

1. Je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à tout tatouage.

S'y ajoutent:

- Un certain pourcentage de complications et de risques tenant à la maladie dont je suis affecté(e) mais également à des réactions individuelles imprévisibles.
- Des risques particuliers liés à la réalisation de ces prestations:
Les tatouages, les recouvrements de cicatrices, les aréoles mammaires, le maquillage permanent.

Pendant ces prestations pourraient survenir: des poussées d'herpès, des allergies à l'encre, des apparitions de boutons, chéloïdes, des changements de couleurs.

2. Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cet acte et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects et des différentes formes telles que: de cicatrises, de changement de couleur etc. ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus. Vous m'avez informé(e) des bénéfices attendus de cette pigmentation.

3. Je reconnais avoir pris connaissance d'un risque d'infection si je ne respecte pas scrupuleusement les règles d'hygiène à apporter avant et après la réalisation de mon tatouage et je m'engage à en informer la technicienne au plus vite ainsi que mon médecin traitant. Je ne pourrais tenir responsable la technicienne de cette infection si les règles d'hygiène n'ont pas été respectées.

4. Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et de vous demander de pratiquer cette pigmentation.

5. J'ai également été prévenu qu'au cours de la séance la technicienne peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des prestations complémentaires ou différentes à ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions la technicienne à effectuer toute prestation qu'elle estimait nécessaire.

6. Je reconnais que, d'un commun accord, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant ou spécialiste (dermatologue).

7. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrivez en pré et post tatouage.

Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

JE DÉCLARE ÊTRE EN BONNE SANTÉ

OUI. NON.

(ne pas être enceinte, diabétique ou sous chimio/radiothérapie, sous anticoagulants ou traitement pour l'acné)

J'AUTORISE LA DIFFUSION DES PHOTOS. (zone tatouage)

OUI. NON.

Si vous suivez un traitement particulier, vous pouvez contacter votre médecin pour savoir s' il y a une contre-indication.

Fait à: Sillans 38590

Le:.....

Nom, Prénom:

Signature:

code postal:.....