

Questionnaire de Santé et Consentement

Maquillage permanent



NOM & PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Calcul date de retouche en jours :

QUESTIONNAIRE :

- Avez-vous déjà eu un maquillage permanent ?
- Avez-vous bénéficié d'injections esthétiques ?
Si oui, quand/quels produits/à quel endroit du visage ?
- Appliquez-vous une crème visage contenant des AHA, BHA, acides de fruits ou de la vitamine A (Rétinol) ?
- Présentez-vous des problèmes au niveau de la peau ?
si oui, précisez : acné, psoriasis, eczéma, vitiligo, autre
- Avez-vous un traitement pour la peau type Roaccutane ?
- Êtes-vous actuellement sous traitement médical ? Lequel ?
- Avez-vous déjà déclaré un zona ou un herpès ophtalmique ?
- Avez-vous déjà déclaré un herpès labial (bouton de fièvre) ?
Si oui, avez-vous pris un traitement préventif comme conseillé ?
- Souffrez-vous d'une maladie auto-immune, êtes-vous immunodéprimé ?
(sclérose en plaque, hépatite, VIH, maladie de Crohn, cancer, autre...)
- Souffrez-vous d'une autre maladie ? Laquelle ?
- Avez-vous des problèmes de cicatrisation ?
- Avez-vous tendance à saigner longtemps quand vous vous coupez ?
- Faites-vous des bleus facilement ?
- Avez-vous pris de l'aspirine, des anti-inflammatoires ou un autre fluidifiant sanguins ces deux derniers jours ?
- Êtes-vous sous traitement anti-coagulant ?
- Avez-vous eu une anesthésie dentaire ou locale de la peau dans les 3 jours précédents ?
- Souffrez-vous de problèmes cardiaques ? Portez-vous un pacemaker ?

OUI

NON

	OUI	NON
- Êtes-vous enceinte ou allaitante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous des allergies connues ? Lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous allergique à la lidocaïne, la benzocaïne, la tétracaïne, l'épinéphrine ou tout autre anesthésiant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fumeuse/fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je suis conscient(e) que :

- le matériel utilisé est à usage unique et/ou stérile
- le maquillage permanent implique des contre-indications et requiert des soins
- je dois avoir lu les contre-indications et effets indésirables lors de la réservation de mon rdv
- une seule séance n'est pas suffisante pour un résultat fini qualitatif, le rdv de la retouche doit être pris dans un laps de temps déterminé par ma praticienne
- si le rdv de retouche n'est pas honoré dans les temps il me sera facturé en sus
- on ne peut prévoir ni la couleur, ni la tenue, ni la forme définitive du maquillage permanent dans le temps, la praticienne se décharge de toute responsabilité

Je reconnais :

- être majeur(e)
- avoir répondu honnêtement au questionnaire santé
- m'engager à respecter les recommandations de soin post-prestation
- qu'après validation du dessin, de la couleur choisie, la prestation ne peut plus être remboursée
- accepter d'être photographié(e) ou filmé(e) dans la limite de la vie privée

Date :

Lieu :

Signature précédée de la mention «lu et approuvé» :

TYPE DE PRESTATION :

Date :

Pigment(s) utilisé(s) :

Signature précédée
de la mention «lu et approuvé» :

TYPE DE PRESTATION :

Date :

Pigment(s) utilisé(s) :

Signature précédée
de la mention «lu et approuvé» :