

Celesthetique DermoArtist  
8 grand place  
6792 halanzy  
BE0786.369.793

## CONSENTEMENT CONCERNANT LE MAQUILLAGE PERMANENT

Je confirme avoir été informé(e), des bénéfices attendus, des risques inhérents à l'acte du maquillage permanent, des alternatives éventuelles à cette technique, et du caractère

« permanent » de l'acte, me permettant de prendre ma décision.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions concernant la pigmentation dont je dois bénéficier.

J'ai bien compris qu'il existe :

Une imprévisibilité: de durée (en fonction des couleurs et du comportement individuel) et de cicatrisation, indépendants de l'opérateur en fonction de la technique employée.

L'éventualité de reprise de pigmentation du fait de l'imprévisibilité des réactions individuelles (le nombre de séances nécessaires ne peut pas être déterminé de façon précise).

Dans de très rares cas une absence de tenue du pigment non prévisible (pouvant être lié à certains facteurs : qualité et pH de la peau, le système immunitaire, pathologies auto-immunes)

Malgré toute l'attention portée par votre technique, un incident ou un accident pendant ou après l'acte, lié à des réactions individuelles imprévisibles, est toujours possible.

Ces complications exceptionnelles (voire inconnues) peuvent compromettre le résultat attendu.

Il peut se produire de façon exceptionnelle une réaction de type allergique malgré toutes les précautions prises et l'utilisation de produits présentant toutes les garanties d'innocuité. Chez les personnes porteuses d'une maladie dermatologique, le « traumatisme » de la peau lié au tatouage peut éventuellement relancer cette maladie. En cas d'antécédent d'herpès il est nécessaire de prendre un traitement préventif.

Je reconnais :

Avoir répondu en toute sincérité aux questions qui m'ont été posées concernant mon état de santé et n'avoir dissimulé aucun élément.

Avoir fourni les documents éventuels demandés ou nécessaires.

Avoir fourni la liste des médicaments que je prends, et, qu'à ma connaissance je ne présente pas de contre indication à la pigmentation.

Je m'engage à respecter toutes les recommandations (notamment sur la prévention de l'herpès) et à suivre les soins prescrits avant et après la dermopigmentation, destinés à garantir une évolution normale de l'acte de pigmentation.

J'ai été informé(e) :

Que le matériel utilisé est stérile et à usage unique.

Que les pigments utilisés sont conformes aux dispositions réglementaires les concernant.

Que le travail est effectué dans les conditions d'hygiène requises.

Que la pigmentation ne sera effectuée que lorsque j'aurais donné mon accord sur le dessin et la couleur proposée.

J'ai été informé des suites du MP : oedème, rougeur, ecchymoses (bleu) peuvent se produire.

Un prurit et la formation de squames sont fréquents pendant la première semaine qui suit et peuvent persister plus longtemps. Le résultat immédiat n'est pas le reflet du résultat final. J'autorise, par ce présent contrat, la/le dermographe

à pratiquer sur moi l'acte de pigmentation dont

les caractéristiques m'ont été précisées oralement lors de la prise du rdv.

Par ailleurs j'autorise l'utilisation sans restriction des photographies (gros plans) prises avant l'acte, lors de la séance de pigmentation et celles de contrôle.

Je certifie être majeur et en capacité de mes facultés mentales, ni sous l'emprise d'alcool, ni autre substance toxique.

Je m'engage à prendre mon rdv retouche dans les 6 semaines après cicatrisation ou dans maximum le trois mois suivant la première séance.

Fait à

le

Signature (mention manuscrite : « lu et approuvé »)

Nom :

Prénom:

Téléphone :