



INFORMATIONS ET RISQUES LIÉS AU MAQUILLAGE

Cliente/modèle Carte d'identité :
 Téléphone date de naissance :
 Technique : Date : heure :



VERGETURES



CICATRICES



LÈVRES



SOURCILS

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 minéraux utilisés dans le cadre de votre prestation peuvent contenir des traces de nickel ou de 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.

Si vous prenez des **anti-inflammatoires**, des **anticoagulants** ou avez des **problèmes cardiologiques**
 Si vous êtes sujet(te) aux **allergies 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 de **conjonctivite** ou 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**
A MA CONNAISSANCE, JE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION MÉDICALE CONNUE.

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

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

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 écessaire 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 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.

PIGMENTS	%	N° de LOT	EXPIRATION
.....			
.....			
.....			
.....			

HISTORIQUE :

CLIENT/MODÈLE

SIGNATURES

DERMO-PRATICIENNE

Mention manuscrite obligatoire
Lu et approuvé



Révélez votre beauté Naturelle avec mon expertise.

Cabinet de Maquillage Permanent et Dermopigmentation Vergetures & Cicatrices



AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES

CESSION DE DROITS

Je soussigné(e),

Né(e) le à

Demeurant :

DÉCLARE ET RECONNAIS

- Avoir consenti à la fixation de mon image lors de la prise de vue qui s'est tenue ce jour.
- Que les images ou photographies prises à cette occasion ne comportent aucune scène de nudité intégrale (buste uniquement) (Ci-après les « Photographies »),
- Que le thème des Photographies est la beauté autour du Maquillage Permanent, • Être entièrement investi(e) de mes droits personnels et n'être lié(e) à un tiers par aucun 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, par

STUDIO DERMOGRAPHIA - Lemaître Sonja

CÈDE À

STUDIO DERMOGRAPHIA, société EI, immatriculée au RCS de Saint-Nazaire sous le numéro 751680802, dont le siège social est 146 avenue du Maréchal De Lattre de Tassigny - 44500 La Baule, représentée par Madame LEMAITRE SONJA, agissant en son nom et pour son compte, l'intégralité des droits d'exploitation attachée à mon image telle que fixée sur les Photographies.

DROITS D'EXPLOITATION CÉDÉS

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, 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 :

- À 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.

DATE - LIEU SIGNATURE

*Mention manuscrite obligatoire
Lu et approuvé ! Bon pour accord*

Vos données personnelles font l'objet d'un traitement de données personnelles mis en œuvre par la société STUDIO DERMOGRAPHIA, en sa qualité de responsable de traitement, à des fins de gestion des clients et prospects. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles et à la loi Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018- 493 du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données qui vous concernent. Vous bénéficiez également d'un droit à la limitation du traitement ainsi que d'un droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits par courrier électronique à : studio.dermographia@gmail.com ou par courrier postal à : 146 avenue du Maréchal De Lattre de Tassigny - 44500 La Baule. Pour plus d'informations sur la manière dont nous traitons vos données, veuillez consulter notre politique de confidentialité disponible à l'adresse suivante <https://studiodermographia.fr>

Si vous ne souhaitez pas recevoir de notre part des offres commerciales par voie électronique ou sms pour nos produits ou services analogues à ceux que vous avez déjà achetés, merci de cocher cette case. ☐

Consentement réalisé en 2 exemplaires, dont un est remis au modèle/client qui le reconnaît