

FICHE D'INFORMATION & CONSENTEMENT

Maquillage permanent - questionnaire préalable et consentement éclairé

Nom et prénom

Date de naissance

Date de la prestation

PRESTATION CHOISIE

- ☐ Sourcils poudrés
- ☐ Lèvres - Aquarelle Lips / Tendy Lips
- ☐ Ras de cils
- ☐ Eyeliner classique
- ☐ Eyeliner poudré

ALLERGIES

Avez-vous des allergies connues ? ☐ NON ☐ OUI Si oui : _____

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique ou inhabituelle à un pigment, colorant, cosmétique, anesthésique local, antiseptique, latex ou adhésif ? ☐ NON ☐ OUI

SANTÉ & TRAITEMENTS

Suivez-vous actuellement un traitement médical pouvant influencer le saignement, la cicatrisation ou les défenses immunitaires ? ☐ NON ☐ OUI ☐ JE NE SAIS PAS

Prenez-vous un traitement anticoagulant ou un médicament susceptible d'influencer la coagulation ? ☐ NON ☐ OUI

Avez-vous une maladie ou une situation médicale pouvant ralentir ou modifier la cicatrisation ? ☐ NON ☐ OUI ☐ JE NE SAIS PAS

Avez-vous une tendance connue aux cicatrices chéloïdes ou à une cicatrisation anormale ? ☐ NON ☐ OUI

Important : n'arrêtez et ne modifiez jamais un traitement prescrit pour réaliser un maquillage permanent sans l'avis de votre médecin. En cas de doute lié à votre état de santé ou à votre traitement, un avis médical pourra être demandé.

DIABÈTE

Êtes-vous diabétique ? ☐ NON ☐ OUI - Type 1 ☐ OUI - Type 2

Votre diabète est-il actuellement bien équilibré et suivi médicalement ? ☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

Avez-vous déjà rencontré des difficultés de cicatrisation ou des infections répétées ? ☐ NON ☐ OUI

Un diabète mal équilibré peut augmenter le risque de mauvaise cicatrisation et d'infection. En cas de diabète non équilibré, de complications ou d'antécédents de cicatrisation difficile, un avis médical pourra être demandé avant la prestation.

ÉTAT DE LA ZONE À PIGMENTER

- ☐ Inflammation ou irritation importante
- ☐ Infection
- ☐ Plaie ou lésion non cicatrisée
- ☐ Brûlure / coup de soleil
- ☐ Poussée importante d'une affection cutanée
- ☐ Aucune de ces situations

PRÉCAUTIONS SELON LA ZONE

Lèvres : antécédent d'herpès labial ? ☐ NON ☐ OUI Herpès actif aujourd'hui ? ☐ NON ☐ OUI

Yeux : conjonctivite, orgelet, infection ou inflammation importante des yeux/paupières actuellement ? ☐ NON ☐ OUI

En présence d'une infection, inflammation ou lésion active sur la zone, la prestation est reportée jusqu'à résolution.

GRAINS DE BEAUTÉ & LÉSIONS CUTANÉES

Présence d'un grain de beauté, nævus, papillome, verrue ou autre lésion dans la zone ? ☐ NON ☐ OUI

Ces éléments ne sont pas pigmentés et sont contournés. Toute lésion récente, évolutive, irritée ou inhabituelle doit être évaluée par un professionnel de santé avant de travailler à proximité.

INFORMATION & CICATRISATION

Je reconnais avoir été informé(e) que le maquillage permanent implique une effraction superficielle de la peau et peut entraîner temporairement rougeur, sensibilité, gonflement ou petits saignements. Il existe notamment des risques infectieux, allergiques et cicatriciels.

- ☐ La cicatrisation et la rétention du pigment sont individuelles.
- ☐ La couleur est généralement plus intense juste après la prestation et évolue pendant la cicatrisation.
- ☐ Le résultat définitif s'évalue après cicatrisation complète.
- ☐ Une retouche peut être proposée si nécessaire pour compléter ou intensifier le résultat.
- ☐ Je respecterai les consignes d'hygiène et de soins remises après la prestation.

Ne retirez jamais les croûtes ou desquamations. Les arracher prématurément peut emporter une partie du pigment et laisser une zone plus claire, irrégulière ou insuffisamment pigmentée.

CONSENTEMENT

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions ci-dessus et avoir communiqué les informations dont j'ai connaissance concernant mes allergies, mon état de santé et mes traitements susceptibles d'influencer la prestation ou sa cicatrisation.

Je confirme avoir reçu des informations compréhensibles sur la prestation choisie, ses risques possibles, la cicatrisation et les précautions à respecter avant et après le maquillage permanent. J'ai pu poser mes questions et je donne mon consentement libre et éclairé à la réalisation de la prestation choisie.

Signature du/de la client(e)

Signature de la praticienne

Document d'information et de consentement. Il ne remplace pas un avis médical et ne constitue pas une décharge générale de responsabilité.