



CONSENTEMENT MUTUEL ET ECLAIRE

Je soussigné(e) NOM / Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal – VILLE : _____

Adresse mail : _____

N° de téléphone : _____

INFORMATIONS LIÉES À L'ACTE

Chaque acte qui implique une effraction cutanée peut-être à l'origine d'infection 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 l'ensemble des règles d'hygiène n'est pas respecté.

Tous les tatouages permanents entraînent de minimes saignements ou de microscopiques projections de sang ou de liquide 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 si 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.

CONTRE INDICATION À LA RÉALISATION D'UN TATOUAGE PERMANENT

Certaines de ces contre-indications nécessiteront l'avis préalable du médecin traitant

Enceinte ou allaitement

Hémophilie ou cicatrisation difficiles

Diabète

Chimiothérapie

Herpès

Problèmes cardiaques

Allergies médicamenteuse ou Métaux (latex, chrome, cuivre, nickel, lidocaïne...)

Maladie auto immune

Maladie de peau (psoriasis, vitiligo, eczéma...)

Pathologie virale ou transmissible (hépatites, HIV...)

Traitement en cours (anti inflammatoire, anti coagulants...), prise d'aspirine

Examen IRM prévu prochainement

Je soussigné(e),

Conformément à l'arrêté du 03 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de tatouage semi permanent et/ou permanent, atteste que :

1° Vous m'avez transmis l'information prévue par ledit arrêté.

2° Vous m'avez informé de manière claire et détaillée :

- *Du caractère éventuellement douloureux des actes*
- *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 œuvre et des risques cicatriciels*
- *Du caractère irréversible des tatouages impliquant une modification corporelle définitive*
- *Des risques allergiques notamment liés aux encres de tatouage*
- *Des risques de modification de la couleur du pigment qui dépend du renouvellement cellulaire de ma peau et de son exposition au soleil*

3° Je vous ai fait part des maladies, traitements et interventions éventuelles que j'ai à ce jour.

4° Vous m'avez expliqué les délais de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.

5° Je vous ai donné l'accord irrévocable pour le tracé et la couleur des pigments utilisés pour mon tatouage 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 leurs caractères uniques, jetables et stériles. C'est pourquoi après un délai de réflexion suffisant ainsi qu'une évaluation sérieuse, je vous donne mon consentement à la réalisation d'un tatouage.

Fait à _____ le _____

Signature TATOUEUR

Signature CLIENT

IDENTIFICATION DES LOTS STERILES

REFERENCE	N°LOT	NOTES :