



CmaSkinDermoéquilibre®

Acceptation de la loi R.G.P.D. :

Nom* : _____
 prénom* : _____
 Téléphone* : _____
 @* : _____
 né(é) le* : _____
 adresse* : _____

A remplir par la praticienne :

Actes : Microneedling
Zone : Gauche > Cicatrices : _____ Aéroles : _____ Autres : _____
 Droite > Cicatrices : _____ Aéroles : _____ Autres : _____

Exécuté par : **Célia**

Type de peau : **Sèche** **grasse** **Ridé** **Couleur de peau :** _____
 Couleur sous Jacente : **Chaud** **Froid**

Dates	Zone :	Techniques pratiquées:	Choix des pigments : n° lot	Types d'aiguilles :

oui non Vous vous engagez à être modèle lors de formations.
 A la réservation du RDV, des arrhes et frais vous seront demandées par empreinte bancaire pour assurer votre présence et un encaissement se fera au maximum le jour du rdv de la prestation par espèce ou virement, le coût est différent selon la technique. La praticienne peut être différente au moment de la retouche.
 Si vous êtes mon modèle en démonstration, le coût de la prestation sera de moins 30% retouche comprise 3 à 6 semaines après, selon la technique pratiquée. Puis après vous rentrez dans le programme de fidélisation en cours.

Pour voir quelques travaux aller sur www.cmadermo.com, il est aussi possible de prendre des rendez-vous sur le site. L'empreinte bancaire y sera aussi prise pour confirmer vos rendez-vous. Et non remboursé en cas d'annulation de dernières minutes (24heures), sauf cas majeur.

Venez impérativement seule, sans enfant, ni accompagnateur, ni animal de compagnie, pour des raisons de sérénité et d'hygiène. Merci à tous

⇒ **Consentement mutuel, merci de remplir et de signer impérativement cette fiche**
 Avant l'effraction cutanée, et ce avant – pendant - après avoir répondu à toutes vos questions.

J'atteste sur l'honneur avoir été **largement renseigné(e)** en entretien préalable sur la prestation qu'est l'effraction cutanée. Des forts risques de **douleurs** pendant les actes (besoin de vous faire **prescrire un anesthésiant**) ; des possibles **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 et pigments de tatouage ; des risques de **modifications de la couleur** du pigment qui dépend du renouvellement cellulaire de ma peau et **d'exposition solaire** ; du caractère éventuel et conseillé d'une **intensification** après 13 à 18 mois (voir programme de **fidélisation**).

J'ai pu poser toutes les questions relatives aux actes demandés et avoir reçu des réponses satisfaisantes. Si je suis sujet (te) à l'herpès ou bouton de fièvre, je n'hésiterai pas à demander **l'avis de mon médecin traitant** sur l'acte et recevoir le cas échéant un traitement antiviral. **La lotion nettoyante moussante et le produit de désinfection cutanée à base de Chlorhexidine** ou autre, vous seront conseillés par un médecin ou acheté en pharmacie pour un travail d'effraction cutanée avec pigment. Une dose de vaseline vous sera donnée pour appliquer en un léger film. Ces produits seront à utiliser scrupuleusement selon **le protocole de soins avant et après l'acte** ainsi que chez vous entre **3 à 6 jours matin et soir**.

Par contre, **rien ne sera mis lors d'un détatouage**. Les croûtes doivent **rester sèches**, et ne jamais être recouvertes, lavées, humidifiées et arrachées. Je suis consciente du fait que le traitement visant à éliminer le tatouage peut entraîner des effets indésirables, la nécessité d'un traitement médical, d'une perte de temps et financière liée en cas de non-respect de toutes les indications données ainsi que de non-communication d'éventuelles contre-indications connues. Dans ce cas la personne réalisant la technique décline toutes responsabilités en cas d'éventuelles répercussions négatives !

Je m'engage, pendant tout le temps du traitement à n'avoir recours à aucune autre méthode d'élimination que la méthode faite ensemble afin d'en modifier ou d'optimiser son bon déroulement.

Je soussigné(e) _____ * certifie **avoir pris connaissance** des conseils présentés au dos de la fiche sur les risques et les précautions, suite à une effraction cutanée, ainsi **qu'être en bonne santé et ne pas être concerné(e) par les cas suivants** : Port de prothèse, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, diabète, maladie auto-immune, maladie dermatologique active, hémophilie, importants problèmes de cicatrisation (ex : chéloïdes), asthme chronique, allergies...

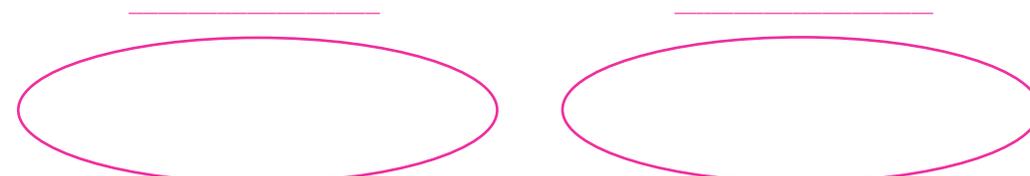
Des photos ont été prises le jour de l'entretien, puis le jour du maquillage permanent avant, avec les tracés pendant et après. Ces photos seront utilisées à des fins commerciales. L'anonymat sera totalement respecté.

Je* n'accepterai l'effraction cutanée qu'après accord total et sans réserve du tracé et de la couleur proposés et choisis. Je constaterai que les emballages des aiguilles seront ouverts devant moi afin de garantir leur caractère unique, jetable et stérile. Les pigments et « dépigmenteur » utilisés sont sans métaux lourds et normés en conformités à la législation en vigueur.

J'atteste également avoir reçu toutes les consignes d'hygiène et de soins auxquelles je dois me conformer jusqu'à complète cicatrisation.

Pour accord, fait à Le / 20.....

Signature * Client et représentants légaux _____
 *+ Mention lu et approuvé
 Signature du Dermographe
 Célia Marcolin ou _____



NB : et * Réponses obligatoires