

CLIENTE :

EMAIL :

TÉL :

PRATICIENNE :

TECHNIQUE :

DATE :

INFORMATIONS ET RISQUES LIES AU MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT

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.

CONTRE-INDICATIONS À LA RÉLISATION AU MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT

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**

Si vous êtes sujet aux **allergies métaux** (chrome, cuivre, 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 d'une **maladie dermatologique active** (vitiligo, psoriasis, eczéma,...)

Si vous souffrez de **diabète**

Si vous êtes sous traitement de type **Roacutane**

Si vous prenez des **anticoagulants** ou avez des **problèmes cardiologiques**

Si vous avez récemment pris de l'**aspirine**

Si vous souffrez de **conjonctivite**

Si vous êtes **enceinte** ou en **période d'allaitement**

Si vous souffrez d'un **bouton de fièvre**

Si vous souffrez d'**asthme**

Si vous êtes sujet aux **allergies au nickel**

Si vous êtes sous traitement à la **vitamine A acide**, aux **acides de fruits AHA**,...

Si vous 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**

A ma connaissance, je ne présente aucune contre-indication médicale connue.

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 nécessaire 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 informée 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 fournir toutes les informations sur mon état de santé, à me rendre à votre rendez-vous post-tatouage 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.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À UNE DERMOPIGMENTATION

Conformément à l'arrêté du 03 Décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en oeuvre des techniques de tatouage 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 de manière claire et détaillée :

permanent, sur la zone suivante :

- 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 oeuvre 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.

- 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, sur la zone suivante :

SOURCILS Aiguilles N° de lot
Pigments N° de lot

LÈVRES Aiguilles N° de lot
Pigments N° de lot

AUTRES Aiguilles N° de lot
Pigments N° de lot

SIGNATURE - MENTION MANUSCRITE OBLIGATOIRE

Consentement réalisé en 2 exemplaires, dont un est remis à la cliente qui le reconnaît.

LA CLIENTE
"LU ET APPROUVÉ"



LA PRATICIENNE
"LU ET APPROUVÉ"



Zina K
BEAUTY

MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT

Je soussigné(e),

Né(e) le à

Demeurant :

AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES - CESSION DE DROITS

1. DÉCLARE ET RECONNAIS :

- Avoir consenti à la fixation de mon image lors de la prise de vue qui s'est tenue ce jour au Beauty Concept Store **ZINA K BEAUTY**
- Que les images vidéos 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 et le bien-être,
- 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 effectuées, avec mon accord, par AZK COMPANY et/ou ses filiales.

2. CEDE À :

AZK COMPANY, société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 1.000 euros, en cours d'immatriculation, dont le siège social est 82 avenue Charles de Gaulle 91600 SAVIGNY-SUR-ORGE, représentée par sa Présidente, Madame Zina KAMSEU agissant en son nom et pour son compte et au nom et pour le compte de l'ensemble de ses filiales, l'intégralité des droits d'exploitation attachés à mon image telle que fixée sur les Photographies;

3. LES DROITS D'EXPLOITATION CÉDÉS SONT :

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.

À, le

SIGNATURE - MENTION MANUSCRITE OBLIGATOIRE

LA CLIENTE

"LU ET APPROUVÉ, BON POUR ACCORD"



Zina K
BEAUTY

BEAUTY CONCEPT STORE