

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE AU DÉTATOUAGE

Je soussigné.e **NOM** **PRÉNOM** 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 et des techniques de maquillage permanent, atteste que :

1) Je suis pleinement conscient.e :

- Du caractère éventuellement douloureux des actes, qui est totalement subjectif.
- De rares réactions possibles, liées à des facteurs individuels de l'organisme telles que des rougeurs, gonflements, irritations allergiques, cicatrices hypertrophiques, atrophiques ou chéloïdes...
- **Des précautions à respecter avant, pendant et après la réalisation de l'acte, notamment pour conserver l'esthétique du travail effectué. À ce titre, une fiche explicative me sera remise le jour J, à suivre rigoureusement afin de m'assurer une cicatrisation saine et un résultat optimal.**
- Du caractère irréversible du détatouage, impliquant un processus de cicatrisation long et parfois inesthétique.
- Du caractère imprévisible du nombre de séances nécessaires, ce nombre étant variable et dépendant de l'intensité et de l'ancienneté de mon maquillage permanent, de la profondeur d'implantation des pigments ou encres utilisés mais aussi de leur qualité.

2) Vous m'avez reçu.e lors d'un entretien préalable afin de m'expliquer les détails de l'acte et de répondre à toutes mes questions.

3) Je suis majeur.e.

4) Je suis pleinement conscient.e des contre-indications au détatouage, ainsi je vous ai fait part :

De mon état de santé et du fait que **je ne suis pas enceinte, en cours d'allaitement, cardiaque, hémophile, diabétique, sujet.te aux allergies, atteint.e d'une maladie neurologique, auto-immune ou dermatologique active***.

> En cas de maladie.s j'en précise ici le.s nom.s :

De tout traitement que je prends à ce jour et du fait que **je ne suis pas sous chimiothérapie, sous traitement par isotétrinoïne** (dérivé de la vitamine A, type Roacutane), **sous anti-coagulants, sous anti-inflammatoires, sous aspirine, sous testostérone, sous anti-dépresseurs***.

> En cas de traitement éventuel je précise ici le nom du/des médicament.s :

.....
* En cas de nécessité, je me rapprocherai de mon médecin traitant afin de vous fournir un certificat médical pour la prise de RDV.

5) Je vous donne mon accord irrévocable pour la technique de détatouage utilisée.

6) J'ai pris connaissance que ma dermographe utilise du matériel stérile à usage unique et des produits conformes à la législation européenne.

7) Je comprends que la prise de photographies avant et après l'acte soit une condition de la procédure.

> J'accepte que mes photos soient **publiées** via les outils de communication de **Nesa**.

8) J'ai pleine conscience que :

Toute **prestation commencée** sera **intégralement due**.

Si je n'ai pas respecté les précautions à suivre avant et le jour-même et que le détatouage ne peut pas être effectué ou doit être interrompu à cause de cela, l'intégralité de la prestation sera due et une nouvelle séance devra être reprogrammée.

Mon RDV pourra être déplacé jusqu'à 48H à l'avance, passé ce délai mon acompte sera conservé.

Si je souhaite annuler mon RDV avant 48H, mon acompte ne sera pas remboursable et sera transformé en avoir, valable 3 mois.

En cas d'oubli ou de retard, ma prestation sera annulée et mon acompte sera conservé.

« C'est pourquoi après avoir lu l'ensemble des informations figurant sur ce document,
je vous donne mon consentement à la réalisation de la technique de détatouage choisie. »

PRÉCAUTIONS À SUIVRE AVANT / LE JOUR-MÊME / APRÈS

NOUS PORTONS VOTRE ATTENTION SUR LE FAIT QUE CE RÉSULTAT NE DÉPENDRA PAS UNIQUEMENT DE NOTRE SAVOIR-FAIRE, IL DÉPENDRA AUSSI À 100% DU SOIN QUE VOUS APPORTEREZ À SUIVRE LES ÉTAPES SUIVANTES !!

Δ AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS :

7 jours avant, ne prenez plus d'aspirine ou d'anti-coagulant, et ne vous exposez plus au soleil.

3 jours avant, commencez à prendre **Arnica Montana 9CH** (douleur) + **Apis Mellifica 9CH** (inflammation) + **Belladonna 9CH** (infection) + **Staphysagria 9CH** (démangeaisons) + **Phosphorus 9CH** (saignements) + **Vaccinotoxinum 9CH** pour les lèvres uniquement (herpes labial) ☐ 5 granules 3 fois/jour. Ne pas associer au tabac, au café, au thé, à l'alcool, à la nourriture et à la menthe qui ont un effet vasoconstricteur et entravent la diffusion des traitements homéopathiques.

48 heures avant, ne consommez plus d'alcool ni de café.

La veille faites un **gommage à grains de la zone à tatouer**. Le but étant d'éliminer les squames, n'insistez pas trop, pour ne pas irriter votre peau.

Si le détatouage concerne les sourcils, nous vous conseillons l'utilisation du gommage **BROW-A-HOLIC** à base de poudre de bambou, huile de ricin et vitamine E, et s'il concerne les lèvres, **BITE ME** à base d'enzymes végétales, beurre de karité et huile de coco, et du baume nourrissant. Ces produits, composés à 99% d'ingrédients naturels, sont **en vente à l'institut** au tarif de 15 euros.

Δ LE JOUR DE VOTRE RENDEZ-VOUS :

Lavez vos cheveux et après la douche n'appliquez aucun maquillage ni produit cosmétique (crème, parfum, etc ...) sur le visage.

Si vous portez des lentilles, retirez-les ce jour-là et prévoyez des lunettes.

Prenez votre dose journalière de **Arnica Montana** + **Apis Mellifica** + **Belladonna** + **Staphysagria** + **Phosphorus** + **Vaccinotoxinum 9CH** pour les lèvres uniquement ☐ 5 granules 5 fois/jour.

Soyez bien reposé.e, vous supporterez mieux l'acte et venez seul.e, aucun accompagnant ou animal n'étant accepté.

Pas de sport avant la séance. Veillez donc à ne pas venir en vélo par exemple. **Ne soyez pas à jeun.**

Prévoyez sur place de la Chlorhexidine 0,5% sans alcool ainsi que du gel Cicaplast B5.

Δ APRÈS LA PRESTATION :

Nous prévoyons un RDV pour un passage 4 semaines environ après votre dernière séance de détatouage afin de faire le point sur le résultat cicatrisé. En effet, cela est indispensable pour juger si une séance supplémentaire est nécessaire.

PRESTATION	DÉTATOUAGE par correction chromatique	DÉTATOUAGE par extraction de pigments
LA SÉANCE	150€*	150€*
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS		

* Tarifs au 1er septembre 2021, sous réserve de modification

Fait en double exemplaire à Pau, le

Le client

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Le professionnel

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

NESA.

6F rue Adoue 64000 Pau - 07.88.43.73.55 - SIRET 82479283200019