

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À UN MAQUILLAGE PERMANENT DES YEUX

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, diffusions de pigments, hyperpigmentation, chéloïdes... menant à une imprévisibilité du résultat cicatrisé.  
**-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 de la dermopigmentation et de l'évolution dans le temps de l'intensité et de la couleur des pigments, ainsi que du tracé, qui pourra s'épaissir. Ces évolutions sont normales et sont liées à mon type de peau, à son renouvellement cellulaire et à son exposition aux UV. - De la nécessité d'adapter le tracé à ma morphologie faciale afin de valoriser mon visage. Mes yeux n'étant pas symétriques, le tracé effectué en amont de l'acte permettra également de corriger au maximum ce déséquilibre mais ne pourra en aucun cas le faire disparaître complètement. - Du **caractère nécessaire et conseillé d'une retouche dans un délai maximum de 24 mois**, afin de conserver l'esthétique de la dermopigmentation qui va s'éclaircir au fil des ans.

## 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 maquillage permanent des yeux, 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, dermatologique ou oculaire 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 méthode, le tracé et la couleur des pigments utilisés.

## 6) J'ai pris connaissance que ma dermographie utilise du matériel stérile à usage unique et des pigments 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) Je comprends que :

**Au-delà de 24 mois** après la date de création ou de la dernière retouche, **le tarif appliqué sera à nouveau celui d'une création**. Je dois réserver mon rendez-vous de **retouche au plus tard 4 mois avant la date butoir**.

## 9) J'ai pleinement 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 la dermopigmentation ne peut pas être effectuée ou doit être interrompue à cause de cela, **l'intégralité de la prestation sera due et une nouvelle séance de création 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 du maquillage permanent des yeux choisi. »

## PRÉCAUTIONS À SUIVRE AVANT / LE JOUR-MÊME / APRÈS

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

### → AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS :

**2 mois avant**, n'effectuez pas d'intervention chirurgicale au niveau des yeux ou des paupières et ne vous faites pas vacciner.

**1 mois avant**, ne faites pas de réhaussement de cils ou Lashlift et faites une dépose si vous faites des extensions de cils. Dans le cas contraire la prestation ne pourra pas être effectuée.

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

**3 jours avant**, commencez à prendre Bromélaïne\*\* (oedème) 500 MG 3 fois/jour et Arnica Montana 9CH (douleur) + Apis Mellifica 9CH (inflammation) + Belladonna 9CH (infection) + Staphysagria 9CH (démangeaisons) + Phosphorus 9CH (saignements) 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 maquillez plus vos yeux et ne consommez plus d'alcool ni de café.

### 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 Bromélaïne\*\* 500 MG 5 fois/jour ainsi que d'Arnica Montana + Apis Mellifica + Belladonna + Staphysagria + Phosphorus 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 du Vitabact ainsi que de la Vitamine A Dulcis (sauf pour le khôl, Vitabact seulement).

En cas de dermopigmentation du khôl uniquement, prévoyez sur place un anesthésiant oculaire en gouttes, de type CEBESINE\*\* (sur ordonnance) à vous instiller sur place, afin d'amoindrir la douleur.

### Δ APRÈS LA PRESTATION :

Le maquillage permanent des yeux a une tenue variant de 2 à 5 ans en moyenne.

Après la création, la couleur va perdre de 20 à 50% de son intensité une fois l'épiderme cicatrisé. Certaines peaux vont parfaitement fixer les molécules de pigment, tandis que d'autres vont en rejeter une partie. Si le résultat cicatrisé à 4 semaines n'est pas assez intense ou présente des irrégularités, il vous faudra alors revenir vers nous aussitôt afin de convenir d'un RDV pour une retouche. Nous portons votre attention sur le fait que le tarif de cette retouche dépendra de nos disponibilités au moment de la prise de RDV, notre planning étant complet sur plusieurs mois. Nous vous conseillons donc de vous y prendre bien à l'avance.

En cas de retouche, il vous faudra impérativement respecter les mêmes précautions que pour la création.

PRESTATION	RAS DE CILS INFÉRIEUR	KHÔL	RAS DE CILS SUPÉRIEUR	EYE-LINER	EYE-LINER DÉGRADÉ	EYE-LINER DÉGRADÉ COULEUR
CRÉATION	250€* (1H15)	290€*(2X45MN)	350€* (1H45)	490€* (2H30)	590€* (3H)	690€* (3H30)
RETOUCHE 6 MOIS	150€* (45MN)	150€* (45MN)	190€* (1H)	250€* (1H15)	290€* (1H30)	350€* (1H45)
RETOUCHE 24 MOIS	190€* (1H)	190€* (1H)	250€* (1H15)	390€* (2H)	490€* (2H30)	590€* (3H)
ANCIENNE DERMO ?						
PIGMENTS UTILISÉS						

\* Tarifs au 1er janvier 2022, sous réserve de modification

\*\* Vérifiez impérativement auprès de votre médecin traitant que la prise de ces traitements ne vous soit pas contre-indiquée

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