

# L'idéal Beauté

votre professionnelle en



## Maquillage Permanent – Dermographie Questionnaire

Nom \_\_\_\_\_

Adresse / ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Date 1<sup>er</sup> traitement \_\_\_\_\_ date 2<sup>e</sup> traitement \_\_\_\_\_

Je suis atteint(e) d'hémophilie ( problème de coagulation) ..... oui/non

Je suis atteint(e) de diabète mellitus (sucré) ..... oui/non

Je suis atteint(e) de troubles immunitaires (hépatite/sida) ..... oui/non

J'ai une maladie de la thyroïde ..... oui/non

Je suis atteint(e) de rhumatismes ..... oui/non

J'ai subi ou je vais subir une intervention de chirurgie esthétique ..... oui/non

J'ai eu des injections esthétiques (collagènes, artecoll, etc..) ..... oui/non

Je suis allergique aux plantes, aux métaux, au latex, au nickel ..... oui/non

Mais plaies ou lésions guérissent souvent mal. Elles s'infectent, changent de couleur après la guérison, font des chéloïdes ..... oui/non

Il m'arrive d'avoir des boutons de fièvre ..... oui/non

J'ai déjà fait un herpès au niveau des yeux ..... oui/non

Je suis un traitement dermatologique ..... oui/non

Je suis atteint(e) d'alopécie areata ..... oui/non

J'ai des problèmes cardiaques, une tension artérielle élevée ..... oui/non

Je prends des anticoagulants ..... oui/non

Je prends régulièrement de l'aspirine ..... oui/non

J'ai pris de l'aspirine au cours des dernières 24h ..... oui/non

J'ai bu de l'alcool au cours des dernières 24h (cuite) ..... oui/non

Je donne régulièrement du sang ..... oui/non

Je suis enceinte ..... oui/non

J'allaiter mon enfant ..... oui/non

Je porte des lentilles de contact ..... oui/non

J'ai déjà un maquillage permanent ..... oui/non

Si oui, indiquez l'endroit .....

Je suis sous traitement pour cancer ou tumeurs cutané ..... oui/non

Je prends des médicaments (journalièrement) ..... oui/non

Si oui le(s) quel(s) .....

J'ai un lupus (maladie immunitaire) ..... oui/non

J'ai un glaucome ..... oui/non

## Consentement éclairé pour la réalisation d'un Maquillage Permanent

- En outre vous m'avez donné les informations suivantes :
  - \* Le Maquillage est irréversible et restera toujours visible sur mon visage
  - \* Le contour des lèvres ou des sourcils sera dessiné au crayon sur mon visage avant le traitement, afin de définir la forme et la couleur la mieux adaptée à celui-ci et à ma demande et que j'ai donné mon accord avant de commencer le Maquillage Permanent
  - \* du caractère éventuellement douloureux des actes
  - \* des risques d'infections
  - \* des risques d'allergies aux pigments utilisés (impossible de savoir la réaction à l'avance)
  - \* Les normes d'hygiène seront respectées, ainsi que l'usage unique du matériel (aiguilles, gants, plateau, ...)
  - \* la spécialiste s'engage à respecter la norme CEE dans les matériaux, produits utilisés
  - \* J'ai été informée des contre-indications, et je vous ai fait part des maladies, traitements en cours
- La spécialiste m'a expliqué et a répondu à toutes mes questions, elle m'a expliqué à ce que je peux raisonnablement attendre d'un maquillage permanent ainsi que les soins à y apporter.
- J'ai répondu en toute honnêteté à toutes les questions. j'ai parfaitement compris qu'une réponse erronée ou incomplète de ma part ainsi que le non-respect peuvent avoir une influence néfaste sur le résultat du traitement.
- Si j'ai répondu « oui » à une ou plusieurs questions au recto, vous la spécialiste m'avez expliqué clairement les conséquences pour le traitement et j'ai donné mon accord.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Procédure :

<input type="checkbox"/> Sourcils ombrage	<input type="checkbox"/> Contour des lèvres
<input type="checkbox"/> Sourcils poil à poil	<input type="checkbox"/> Totalité des lèvres
<input type="checkbox"/> Eye Liner supérieur	<input type="checkbox"/> Full lips
<input type="checkbox"/> Eye Liner inférieure	<input type="checkbox"/> Tache de beauté
<input type="checkbox"/> Ombre à paupières	
<input type="checkbox"/> Aréole	
<input type="checkbox"/> Camouflage	
<input type="checkbox"/> Simulation capillaire	

Couleurs & pigments \_\_\_\_\_

Choix de l'aiguille \_\_\_\_\_

Crème après traitement \_\_\_\_\_

Remarques \_\_\_\_\_