

## Fiche de consultation

Date \_\_\_\_\_

Maquillage permanent    Microblading    Micropigmentation capillaire

Dossier strictement confidentiel

### Informations personnelles



te :		carisation (cneioide) :	
Êtes-vous enceinte ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Êtes-vous nerveuse ou anxieuse ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Allaitez-vous ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Utilisez-vous de la Rétine A, Acide Hyaluronique ou Botox ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Portez-vous des lentilles de contact ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, à quand remonte votre dernière injection et à quel endroit	_____ _____
Êtes-vous diabétique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Avez-vous eu une chirurgie esthétique au visage ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous des problèmes cardiaques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, à quel endroit et quand?	Date: Endroit:
Utilisez-vous des anticoagulants (Aspirine, Ibuprofène, Coumadin) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Avez-vous des tatouages ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous des problèmes avec la pression ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Avez-vous fait un traitement Accutane au cours des 6 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous des problèmes avec la glande thyroïde ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Vous exposez-vous au soleil ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie immunodéprimée (Cancer) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Pratiquez-vous un sport ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Si oui, à quand remonte votre rémission ? \_\_\_\_\_

Si oui, lequel \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'une maladie dermatologique active (Vitiligo, Psoriasis, Eczéma, Rosacée, etc.)

Oui  Non  
Spécifier: \_\_\_\_\_

Vous connaissez-vous une allergie? (Métaux, Latex, Nickel ou autre) ?

Oui  Non



**Je, soussigné, reconnais l'importance des informations que j'ai fournies afin d'assurer la bonne marche des soins que je recevrai. En conclusion, j'affirme que ces renseignements sont exacts et véridiques.**

**Signature du client**

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Consentement pour la micropigmentation**

J'autorise et retiens les services de ..... pour de la micropigmentation sur ..... en maquillage permanent.

Je comprends que chaque prestation de micro pigmentation qui implique une effraction cutanée peut être à l'origine d'une infection.



Je comprends qu'il est possible que je ressente un léger inconfort durant la prestation et je consens à l'utilisation d'anesthésiants topiques sélectionnés et autorisés pour diminuer cet inconfort.

Je comprends que la technicienne dessinera la forme de la région à pigmenter selon ma morphologie et mes traits. Je comprends également qu'aucune morphologie n'est parfaitement symétrique, il est donc impossible d'obtenir un résultat parfaitement symétrique.

J'assume la responsabilité quant au choix de couleur pour la pigmentation de la région à pigmenter, de la forme établie par la technicienne mais approuvée au final par moi-même et de la technique choisie pour pigmenter la région. Ces choix ont été discutés et évalués par la technicienne et moi-même.

Je comprends les instructions écrites qui m'ont été remises quant à l'entretien de ma pigmentation suite à la prestation et je comprends qu'il est de ma responsabilité de les suivre et que le résultat final en dépend en grande partie.

**Consentement pour la micropigmentation (suite)**

Je comprends que le résultat final sera visible après la cicatrisation complète qui varie entre 4 et 6 semaines et que celui-ci varie selon plusieurs facteurs tel que : type et état préalable de ma peau, âge, habitudes de vie, exposition aux rayons UV, soins apportés, utilisation de crème anti-âge, etc. Je comprends également que le résultat final ne peut être vu avant d'avoir effectué la retouche prévue suite à la cicatrisation complète de ma première prestation de micro pigmentation. Cette retouche est prévue dans 4 à 6 semaines suivant votre première prestation.



Je lis et je comprends l'ensemble du texte et des conditions.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU CLIENT(E) \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE LA TECHNICIENNE : \_\_\_\_\_