



# INFORMATIONS & CONTRE-INDICATIONS

**Nom & Prénom :**

**Téléphone :**

**Né(e) le :**

**Mail :**

Chaque acte qui implique une effraction cutanée (piercing, tatouage et maquillage permanent notamment) 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 l'ensemble des règles d'hygiène n'est pas respecté.

Les tatouages peuvent 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 (anticoagulant...), peut contre-indiquer l'acte envisagé notamment en cas de terrain allergique aux produits et matériels utilisés (encres de tatouage et métaux des bijoux de pose). Il est conseillé d'en discuter préalablement avec le professionnel et son médecin traitant.

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ :

Présentez-vous des problèmes de peau : (rayez la mention inutile) **OUI / NON**

Si oui entourez : Acné Psoriasis Vitiligo Eczéma Autre (précisez) : .....

Avez-vous eu un traitement par la vitamine A acide (RoAccutane, rétinol,...) : **OUI / NON**

Si oui quel produit ? ..... Quand avez-vous arrêté ? .....

Avez-vous déjà souffert de zona et/ou d'herpès ? **OUI / NON**

Si oui, date du dernier épisode : .....

Saignez-vous longtemps lorsque vous vous blessez ? **OUI / NON**

Vous faites-vous des bleus facilement ? **OUI / NON**

Êtes-vous sous traitement médical (anti-coagulant, anti-inflammatoire, aspirine,...) ? **OUI / NON**

Si oui lequel : .....

Êtes-vous enceinte ou allaitante ? **OUI / NON**

Êtes-vous allergique ? **OUI / NON**

Si oui, à quoi ? .....

Êtes-vous atteint(e) d'une maladie auto-immune ? **OUI / NON**

Si oui, laquelle ? .....

Êtes-vous soigné(e) pour l'une de ces maladies ? (si oui, entourez) Hépatite virale - SIDA - Tuberculose - Cirrhose - Diabète - Hypertension artérielle - Insuffisance cardiaque - Maladie du rein  
Autre (précisez) : .....

Êtes-vous sous chimiothérapie ? **OUI / NON**

Quel est votre rapport à la douleur ? **Peu sensible / Sensible / Très sensible**

Avez-vous un problème de santé qui n'a pas été signalé ? (Valve cardiaque, IRM et/ou intervention chirurgicale prévus, greffe d'organe, addictions...) **OUI / NON**

Précisez : .....

**Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur ce questionnaire. Je certifie ne pas avoir caché ni dissimulé des éléments de santé en vue de bénéficier d'un acte de tatouage.**

**Date & lieu :**

**Signature du professionnel :**

**Lu et approuvé**

**Signature du client :**