

Fiche de consultation

Date _____

Maquillage permanent Microblading Micropigmentation capillaire

Dossier strictement confidentiel

Informations personnelles



te :

carisation (cneioide) :

Êtes-vous enceinte ? Oui Non Êtes-vous nerveuse ou anxieuse ? Oui Non

Allaitez-vous ? Oui Non Utilisez-vous de la Rétine A, Acide Hyaluronique ou Botox ? Oui Non

Portez-vous des lentilles de contact ? Oui Non Si oui, à quand remonte votre dernière injection et à quel endroit _____

Êtes-vous diabétique ? Oui Non Avez-vous eu une chirurgie esthétique au visage ? Oui Non

Avez-vous des problèmes cardiaques ? Oui Non Si oui, à quel endroit et quand? Date: _____
Endroit: _____

Utilisez-vous des anticoagulants (Aspirine, Ibuprofène, Coumadin) ? Oui Non Avez-vous des tatouages ? Oui Non

Avez-vous des problèmes avec la pression ? Oui Non Avez-vous fait un traitement Accutane au cours des 6 derniers mois ? Oui Non

Avez-vous des problèmes avec la glande thyroïde ? Oui Non Vous exposez-vous au soleil ? Oui Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie immunodéprimée (Cancer) ? Oui Non Pratiquez-vous un sport ? Oui 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 buts.

Nom : _____ Prénom : _____

SIGNATURE DU CLIENT(E) _____ Date : _____

SIGNATURE DE LA TECHNICIENNE : _____