



NISSOU DESIGN

EYE DESIGNER & BROW ARTIST

CONSENTEMENT  
MUTUEL ECLAIRE  
NISSOU DESIGN



Nissou Design  
124 rue napoléon demarquette  
62110 Hénin-Beaumont  
EURL au capital de 1500€ Siret n° 901 124 560



# CONSENTEMENT MUTUEL ECLAIRE NISSOU DESIGN

**ND**  
NISSOU DESIGN  
EYE DESIGNER & BROW ARTIST

**Entre :** .....

**Et**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** ..... **Email :** .....

Hémophilie	OUI	NON	Diabète	OUI	NON
Hépatite A, B,C,D,E,F	OUI	NON	VIH	OUI	NON
Allergies	OUI	NON	Maladie auto-immunes	OUI	NON
Portez-vous un pacemaker ?	OUI	NON	Avez-vous des problèmes de cicatrisation ?	OUI	NON
Herpès	OUI	NON	Maladie infectieuses	OUI	NON
Épilepsie	OUI	NON	Problèmes Cardiovasculaires	OUI	NON
Prenez vous des anticoagulants ?	OUI	NON	Êtes-vous enceinte ?	OUI	NON

Prenez-vous des médicaments quotidiennement ?	OUI	NON
Souffrez-vous des pathologies suivantes ou prenez-vous des médicaments ?	OUI	NON
Maladie de peau (eczéma, psoriasis, purigot, acné...)	OUI	NON
Avez-vous consommé des drogues ou alcool dans les dernières 24h ?	OUI	NON
Avez-vous subi une intervention chirurgicale dans les 2 dernières semaines ?	OUI	NON

Êtes-vous majeur ?  OUI /  NON Date de naissance : ...../...../.....

**\*Cocher la bonne réponse**

- Je confirme que j'ai lu et compris les informations susmentionnées.
- J'ai reçu des réponses claires et compréhensibles à toutes mes questions.
- Les soins de la procédure du traitement et de post traitement m'ont été expliqués en détail et je suis d'accord avec ça.
- Je n'ai pas d'autres questions.
- Je sais que toute fausse réponse aux questions ci-dessus, entraîne ma totale responsabilité en cas de litige.

Je reconnais que vous m'avez exposé les risques, les possibles complications immédiates ou ultérieures, les suites habituelles inhérentes à la réalisation de cet acte ou aux procédés qu'il emploie, de même que la possibilité de réactions individuelles exceptionnelles non prévisibles.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions relatives à cette prise en charge, avoir pris note qu'il existe un certain degré d'imprévisibilité dans la qualité ou la durée du résultat attendu, qu'il persiste enfin un caractère subjectif en matière d'esthétique.

Une seconde visite de 30 à 45 jours après la prestation est nécessaire afin d'optimiser le résultat. En effet le renouvellement cellulaire intervient au bout de 28 jours. Il n'est donc pas possible d'envisager une retouche préalablement à ce mois. Je reconnais avoir été informée en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cet acte.

Je m'engage de mon côté à vous fournir toutes les informations sur mon état de santé, à me rendre à votre rendez-vous post-tatouage et à me soumettre aux soins et recommandations prescrits avant et après l'acte envisagé.

J'ai reçu, pris connaissance et lu l'ensemble des informations figurant sur ce document.

**Signature :**

