

Consentement éclairé pour la réalisation d'un piercing



Je soussigné(e) :

NOM : PRÉNOM :

Né(e) le : / / Âge : ans

Adresse :

CP : Ville :

Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en oeuvre des techniques de piercing par effraction cutanée, atteste que :

1. : Vous m'avez remis l'information prévue par le dit arrêté.

2. : Vous m'avez informé de manière claire et détaillée :

- Du caractère éventuellement douloureux des actes
- Des risques d'infections
- Des précautions à respecter après la réalisation des techniques, notamment pour permettre une cicatrisation rapide.
- Du temps de cicatrisation adapté à la technique qui a été mise en oeuvre et des risques cicatriciels
- Des risques allergiques notamment liés aux bijoux de piercing

3. : Vous avez procédé à la recherche de contre-indications au geste et que je vous ai fait part des maladies, traitements et interventions éventuels que j'ai à ce jour (voir encadré ci-dessous).

4. : Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs et avez répondu à toutes mes questions.

C'est pourquoi, après un délai de réflexion suffisant ainsi qu'une évaluation sérieuse, je vous donne mon consentement à la réalisation d'un piercing sur la zone suivante :

RECHERCHE DE CONTRE-INDICATIONS

*Merci de bien vouloir entourer

Maladies	Prise de médicaments	Allergies	Cas particuliers
Maladies de peau (psoriasis, eczéma...)	Anticoagulant	Antiseptique (iode, Betadine...)	Grossesse
Hémophilie	Corticoïde	Latex	Récente prise d'alcool
Diabète	Anti inflammatoire	Vinyle	Stupéfiants
Hémophilie	Aspirine	Nitrile	Chéloïde / Cicatrice hypertrophique
Déficit immunitaire	Chimiothérapie	Nickel	Epilepsie
Diabète	Antibiotique	Titane	Malnutrition
Cancer	Traitement contre l'acné		Herpès
Problèmes cardiaques			

Date : / /

Signature client :

Signature professionnel :