



38 rue du faubourg de Saverne
67000 STRASBOURG
Tel : 0388222970

Consentement éclairé pour la réalisation d'un piercing

Je soussigné : _____

Photocopie de la pièce d'identité au verso obligatoire

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

Maladies	Prise de médicaments	Allergies	Cas particuliers
<ul style="list-style-type: none">♦ Maladies de peau (psoriasis, eczéma...)♦ Hémophilie♦ Diabète♦ Cancer♦ Déficit immunitaire♦ Problèmes cardiaques	<ul style="list-style-type: none">♦ Anticoagulant♦ Corticoïde♦ Anti inflammatoire♦ Aspirine♦ Chimiothérapie♦ Antibiotique♦ Traitement contre l'acné	<ul style="list-style-type: none">♦ Antiseptique (iode...)♦ Latex♦ Nickel	<ul style="list-style-type: none">♦ Grossesse♦ Récente prise d'alcool♦ Stupéfiants♦ Chéloïde / Cicatrice hypertrophique♦ Epilepsie♦ Malnutrition♦ Herpès

Adresse e-mail :

Date : _____

Signature client :

Signature professionnel :