

# PIGMENT

## Miller

### PLAN DE TRAITEMENT

pour éliminer un tatouage ou un maquillage permanent

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

Description: \_\_\_\_\_

Raison de l'élimination: \_\_\_\_\_

Désirez-vous un recouvrement au même endroit après avoir pâli ou éliminé le tatouage ?  oui  non

Quand vous êtes-vous fait tatouer / maquiller ? \_\_\_\_\_

Combien de séances ont été nécessaires pour votre tatouage ? \_\_\_\_\_

Nombre approximatif de séances nécessaire pour éliminer le tatouage, moyennant une pause de 6 à 8 semaines entre deux séances : \_\_\_\_\_

### CONTRE-INDICATIONS au traitement avec le TUEUR de PIGMENTS

**Il n'est pas possible d'éliminer le maquillage permanent / le microblading / les tatouages en cas de :**

- » troubles de la coagulation / hémophilie
- » prise de médicaments anticoagulants à forte dose, d'antibiotiques, de psychotropes
- » diabète décompensé
- » tendance à la formation de cicatrices chéloïdes
- » hypopigmentation ou hyperpigmentation
- » maladies fiévreuses, phases actives de maladies chroniques
- » maladies oncologiques (cancer)
- » maladies neurologiques, épilepsie, glaucome
- » infections cutanées aiguës, phases de poussée de maladies de la peau chroniques
- » herpès actif, sida, VIH, hépatite
- » grossesse / allaitement
- » hypertension / tension artérielle très élevée
- » dépendance à l'alcool ou à la drogue, consommation excessive d'alcool la veille

Je confirme avoir pris connaissance des indications ci-dessus. Je suis conscient(e) du fait que le traitement visant à éliminer le tatouage peut entraîner des effets indésirables, la nécessité d'un traitement médical et une perte de temps et financière liée en cas de non-communication d'éventuelles contre-indications connues. Dans ce cas, la personne réalisant le traitement décline toute responsabilité en cas d'éventuelles répercussions négatives !

Je m'engage, pendant tout le temps du traitement, à n'avoir recours à aucune autre méthode d'élimination qu'au tueur de pigments afin d'éviter d'éventuels risques et effets indésirables et d'optimiser les chances de réussite du traitement.

Lieu, date :

Signature de la cliente / du client