

CONSENSO PER LA REALIZZAZIONE TEST SENSIBILITA'

1. Io sottoscritto..... ,...nel pieno uso delle mie facoltà liberamente e volontariamente, autorizzo l'operatore..... a eseguire i trattamenti di micropigmentazione: test colore (non obbligatorio e non attendibile).
2. Sono stato/a informato/a del fatto che la micropigmentazione è una tecnica che prevede l'introduzione dei pigmenti nella pelle, il cui effetto svanirà gradualmente nel tempo, anche se non può essere garantita la totale e definitiva scomparsa del colore.
3. Ho scelto insieme all'operatore di eseguire il test per sicurezza.
4. Sono consapevole del fatto che durante il test l'operatore introdurrà il colore nel derma tramite un apposito ago sterile e monouso.
5. Sono al corrente che il trattamento verrà eseguito con le attrezzature e i prodotti i cui riferimenti saranno riportati nella scheda clienti.
6. Ho recepito le indicazioni fornitemi dall'operatore, in merito a controindicazioni, rischi e procedure pre e post trattamenti e dichiaro di essermi attenuto/a a tutti i suggerimenti di cui sono stato informato/a.
7. Mi assumo tutte le responsabilità derivanti dall'inadempienza alle indicazioni post trattamento fornitemi, sollevando l'operatore dagli effetti che ne possono derivare.
8. Sono consapevole del fatto che, se non dovessi seguire correttamente le indicazioni igieniche post trattamento fornitemi, i trattamenti potrebbero comportare reazioni, infiammazione e/o infezioni.
9. Sono consapevole del fatto che solo dopo 30 gg, nel caso non dovessi aver avuto reazioni allergiche, infiammazioni o irritazioni sulla parte trattata, potrò rivolgermi all'operatore ed insieme fissare una data per procedere al trattamento vero e proprio di dermopigmentazione, ed ovviamente verranno utilizzati gli stessi colori utilizzati in fase di test di sensibilità'.
10. Mi è stato suggerito, in caso di complicazioni, di consultare un medico.

CONTROINDICAZIONI

DICHIARO CHE:

- | | |
|---|--------|
| 1. Sono affetto da emofilia | sì/no |
| 2. Sono affetto da una forma di lupus | sì /no |
| 3. Soffro di herpes zoster sul volto | sì /no |
| 4. Soffro di herpes – simplex infiammazione oculare | sì /no |
| 5. Sono affetto da ittiiosi | sì /no |
| 6. Soffro di glaucoma | sì /no |
| 7. Ho melanomi (cancro della pelle) sul volto | sì /no |
| 8. Soffro di cheloidi | sì /no |
| 9. Complicazioni oculari causate dal diabete | sì /no |
| 10. Cancro labiale | sì /no |
| 11. Sono affetto da Rosacea | si/no |

NON CONSIGLIABILE:

- | | |
|---|--------|
| 1. Sono affetto da diabete e/o malattie potenzialmente contagiose (epatite, AIDS) | sì /no |
| 2. Sono affetto da dermatite | sì /no |
| 3. Soffro di allergie gravi a disinfettanti, coloranti, anestetici, ecc. | sì /no |
| 4. Soffro di herpes simplex alle labbra (più di 3 volte l'anno) | sì /no |
| 5. Soffro di eczema | sì /no |
| 6. Soffro di patologie all'apparato circolatorio, epatico, renale respiratorio, ecc | sì /no |
| 7. Sono in stato di gravidanza e/o allattamento | sì /no |
| 8. Cicatrizzo male | sì /no |
| 9. Sono affetto da psoriasi (o ne ho sofferto in passato) | sì /no |
| 10. Ho una pressione arteriosa elevata | sì /no |
| 11. Assumo farmaci (anti-coagulanti, anti-depressivi, antibiotici, etc.) | sì /no |
| 12. Ho il pace maker | sì /no |

N.B. I metalli pesanti non sono liberi nei pigmenti; sono per un massimo di 9 parti su 1 milione.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI

- | | |
|---|--------|
| 1. Indosso lenti a contatto | sì /no |
| 2. Sono in cura dal dermatologo | sì /no |
| 3. Ho assunto l'aspirina durante le ultime 24 ore | sì /no |
| 4. Ho bevuto alcolici durante le ultime 24 ore | sì /no |
| 5. Ho intenzione di sottopormi a chirurgia plastica | sì /no |
| 6. Ho effettuato dal medico estetico il botox (da 1 a 3 mesi) | sì /no |
| 7. Ho assunto sostanze stupefacenti durante le ultime 24 ore | sì /no |

DICHARO INOLTRE

- **Che ho compreso tutto ciò che mi è stato spiegato dall'operatore**
- **Che conosco e accetto il costo di ogni singolo trattamento**

Dati personali

Nome..... Numero di telefono.....

Cognome..... email.....

Data e luogo di nascita.....

Residenza in via..... Città.....

Tipo documento..... Numero doc.....

Luogo e data

Firma.....

..
.