

QUESTIONNAIRE SANTÉ PRÉ-TATOUAGE

Voici un questionnaire santé destiné à évaluer votre état de santé avant la réalisation d'un tatouage. Ce formulaire permet au tatoueur de recueillir des informations importantes afin d'assurer la sécurité du client et de minimiser les risques pendant et après l'intervention.

Nom du Studio : INKO3RL

Nom du Tatoueur : INKO

Adresse du Studio : C2-C3 Les portes de Saint Martin – 97150 SAINT MARTIN

Téléphone : +590 690 66 13 86

Email : info@inko3rl.com

Nom du Client : _____

Date de Naissance : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Date de la séance prévue : _____

1. ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ

1.1. Avez-vous des allergies connues (médicaments, encres, latex, métaux, etc.) ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

1.2. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou une infection suite à un tatouage, un piercing ou toute autre procédure similaire ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____



1.3. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de problèmes de peau (eczéma, psoriasis, infections cutanées, cicatrices chéloïdes, etc.) ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

1.4. Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Oui Non

Si oui, lesquels et pour quelle raison ? _____

1.5. Avez-vous des problèmes de saignement ou prenez-vous des anticoagulants (ex. : aspirine, warfarine, etc.) ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

1.6. Avez-vous des maladies chroniques (diabète, maladie cardiaque, épilepsie, etc.) ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

1.7. Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?

Oui Non

1.8. Avez-vous récemment subi une intervention chirurgicale ou avez-vous des blessures en cours de guérison ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

2. HABITUDES ET MODE DE VIE

2.1. Avez-vous consommé de l'alcool, des drogues ou des médicaments pouvant altérer votre jugement dans les dernières 24 heures ?

Oui Non

2.2. Êtes-vous vacciné(e) contre le tétanos ?

Oui Non

Date de votre dernier vaccin : _____

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

3.1. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des maladies suivantes (cochez les cases correspondantes) :



- Hépatite (A, B, C)
- VIH / SIDA
- Maladies auto-immunes
- Infections transmissibles par le sang
- Cancer de la peau
- Autre (précisez) : _____

4. RECOMMANDATIONS

4.1. Avez-vous reçu des conseils ou des recommandations spécifiques de votre médecin concernant votre tatouage ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

5. SIGNATURE ET CONSENTEMENT

Je soussigné(e), ****[Nom du Client]****, déclare que les informations fournies dans ce questionnaire sont exactes et complètes. Je comprends que toute information omise ou erronée pourrait entraîner des risques ou complications lors de la réalisation du tatouage. Je m'engage à suivre les recommandations du tatoueur pour les soins post-tatouage afin de favoriser une cicatrisation optimale et prévenir toute infection.

Je déclare avoir été informé(e) des risques potentiels liés à la procédure de tatouage, tels que des réactions allergiques, des infections, ou une cicatrisation inadéquate, et j'accepte de les assumer pleinement.

Date : _____

Signature du Client : _____

Signature du Tatoueur : _____

