

INTERROGATION DU CLIENT/PATIENT AVANT DERMOPIGMENTATION

Avis Médical

PATHOLOGIE AUTO-IMMUNES: Polyarthrite rhumatoïde – Lupus érythémateux –
Rectocolite ulcéreuse – Sclérodermie – Sclérose en plaque – Crohn – Polymyosite –
Thyroïde d'Hashimoto – Périarthrite noueuse – Syndrome de Gougerot Sjögren –
Dermatomyosite – Maladie de Basedow – Syndrome de fiessenger-Leroy-Reiter... (Entourer la bonne réponse) OUI NON

ALLERGIES (Latex, médicament, aliment, colorant, métal, acariens, pollen, graminées...) OUI NON

Produit responsable:

Type de réaction (réaction cutanée, œdème, prurit, rhinite, étouffement...) :

Avez-vous déjà eu des **anesthésies locales** (soins dentaires, petite chirurgie ou anesthésiant de OUI NON
Avez-vous présenté des problèmes? OUI NON

TATOUAGE OU PIGMENTATION ESTHETIQUE ANTERIEURES OUI NON

Êtes-vous **enceinte?** OUI NON

Pathologie Dermatologique: Acné - Psoriasis - Vitiligo - Eczéma - Autres OUI NON

Maladie métabolique: Cœur - Rein - Foie - Thyroïde - Asthme - Hypertension OUI NON

Diabète: Insulino-dépendant Non insulino-dépendant OUI NON

Pathologies oculaires:
Conjonctivite - Kératite - Zona ou herpès ophtalmique – Glaucome - Décollement de rétine OUI NON

Pathologies infectieuses ou transmissibles (Hépatites, HIV, Tuberculose.....) OUI NON
Précisez:

Porteur de **valves cardiaques** ou d'un **Pace Maker** OUI NON

Traitement par roaccutané OUI NON

Herpès: Labial - Oculaire - Autres OUI NON
Fréquence:

Injections esthétiques OUI NON
Produits injectés:

Fragilité capillaire: Ecchymoses (bleus) fréquentes OUI NON

Hémophilie OUI NON

Saignements Normal

Cicatrisation Bonne Important
Mauvaise (cheloïde, Hypertrophique)

Maladie particulière OUI NON
Si oui précisez:

Traitement en cours (**notamment corticoïde, anticoagulant, anti-inflammatoire, aspirine ou similaire, chimiothérapie**)
Notez la liste des médicaments:

Type de Pigmentation: Lèvres - Sourcils - Ligne de cils - Mouche Autre :

Nom: Prénom: Date de naissance:

Signature: