

CONSENTIMENT INFORMAT DE MICROPIGMENTACIÓ

Nom de l'establiment: MERLHE STETIC N^o de aurtizaci3n sanitaria _____
Adreça: Doctor Fleming 1212 local 1 S.V.H.
Telèfon: 655536949 e-mail: profesionalscosmetas@gmail.com
Zona del cos a micropigmentar: cegas

Utilitzaci3 de procediments anestèsics: Si Nom: No

Núm. total de sessions previstes _____ Núm. Sessió actual _____ (hi ha un consentiment informat per sessió).

Nom de les tintes utilitzades	Colors	Núm.lot utilitzat	Registre	Codi	Data caducitat

Signatura de l'aplicador/a _____

Respecte al material i estris emprats :

☒ Procedeix d'empaquetat unitari i esterilitzaci3 en fabricaci3 i es desprecinta davant de la persona usuària:

DADES IDENTIFICATIVES DE LA PERSONA USUÀRIA (a omplir per l'usuari)

Nom i cognoms AZAMARA GIL Data de naixement 25/09/1983
DNI 46797359H Adreça C/ FUNDADORES 19

Telèfon _____ Correu_e _____ Poblaci3 _____

Declaro haver llegit i comprès les informacions donades per aquest establiment, quedant assa ventat de les Contra indicacions i dels riscos sanitaris que aquesta actuaci3

[Si necessito informe justificant mèdic complementari per procedira la pràctica de micropigmentaci3, El realitzo de forma voluntària i sense estar sota l'efecte de cap substància que pugui afectar el meu consentiment,

Data _____
(Adjuntar fotocòpia DNI)

Signatura _____

CONSENTIMENT INFORMAT PER A ME-NORS DE 16 ANYS I/O PERSONES INCAPACITADES.

(Dades a omptir pel representant legal)

Noms i cognoms _____ Data de naixement _____ DNI _____

En qualitat de Pare, Mare, Respresentant legal, havent estat també informat, acreditat que l'usuari/a presenta la maduresa suficient per donar el consentimien a que li sigui realitzada aquesta micropigmentaci3.

Data _____ Signatura _____ (Adjuntar fotocòpies: DNI, llibre de famiia o acreditaci3 de representant legal)

PRO

Altres informacions generals

La durada de la sessió serà de _____

El temps de cicatrització serà aproximadament de 1 mes

El pressupost econòmic és de 325 €

Mesures concretes que omplirà l'aplicador de com ha de tenir cura de la micropigmentació (no prescriure medicaments)

Rentar cada 1/2 h. Només amb aigua mineral durant les tres primeres hores.

A partir de 24 h = veure manual per a posar
creme específica

Consells per al tractament de la zona afectada (durant 1 semana)

- Rentar-se bé les mans abans de tocar la zona afectada.
- Fer la higiene diària 2 vegades al dia amb aigua i sabó ~~neutre~~
- Només tractament ulls , aplicar-hi fred sec (els dos primers dies, màxim 5 minuts consecutius) - Mantenir la zona seca.
- No agredir-la: no rascar-la, ni fregar-la. Si apareix crosta no s'ha de rascar ni treure.
- Evitar cosmètics no específics: cremes, maquillatges, llets netejadores, vaselina, etc.
- Evitar l'exposició al sol i als raigs UVA. En tot cas utilitzar protectors solars de pantalla total.
- Fins que no estigui cicatritzada la micropigmentació no banyar-se a la piscina ni a la platja i no utilitzar la sauna.
- No utilitzar lents de contacte, fins que hagin transcorregut com a mínim 8 dies.

En cas de patir malalties, o desconèixer el seu historial mèdic ha de consultar el metge.

Si durant el procés de post tractament aparegués qualsevol reacció o alteració, ha de consultar el metge. Sense el consentiment informat i el justificant mèdic, si és necessari, no es pot realitzar la micropigmentació.

Data 22.06.23

Signatura de l'usuari/a

Signatura de l'aplicador/a