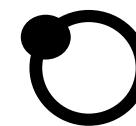




mario's piercing experience



DECHARGE:

Nom:	Prénom:
Adresse:	Ville:
N° de tél:	Date de naissance:

Emplacement du piercing:
Piercé(e) par:

Questionnaire de santé:

OUI NON

Etes-vous actuellement en bonne santé?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suivez-vous un traitement médical?

Prenez-vous de façon régulière des médicaments qui pourraient

liquéfier le sang, comme "sintron" ou aspirine?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous sujet(te) aux allergies, "latex" ou autres?

Avez-vous des dépendances " alcool ou drogues"?

Souffrez-vous:

De diabète?

D'épilepsie?

D'insuffisance cardiaque?

Etes-vous hémophile?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous subi les dépistages de maladies telles que:

Hépatite?

HIV?

Autres?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piercing de la langue:

Etes-vous sujet(te) à des angines chroniques?

Suivez-vous un traitement dentaire?

Souffrez-vous d'asthme?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piercing de la lèvre:

Avez-vous des problèmes aux gencives?

Suivez-vous un traitement dentaire?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les femmes:

Etes-vous enceinte?

Avez-vous vos règles?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J' atteste travailler selon les règles d'hygiène les plus rigoureuses (pinces et bijoux stérilisés, aiguilles stériles à usages uniques, contrôle de mon stérilisateur plusieurs fois par an).

Il est très important de suivre mes instructions concernant les soins, ainsi que de revenir me trouver 2 à 3 semaines après l'intervention afin que je puisse effectuer un contrôle.

Vous êtes responsable des soins et de l'hygiène de votre piercing ,en dehors de ce studio, de ce fait le,la soussigné(e) décharge le pierceur de toute conséquence d'ue au piercing (rejet, infection etc....) et déclare en assumer l'entière responsabilité.

Toutes poursuites judiciaires, pénales ou autres sont donc exclues.

J'atteste avoir pris connaissance de ce qui précède et que toutes les informations à mon sujet sont exactes.

Pour toutes personnes de moins de 18 ans ns, la signature du, de la représentant(e) légal(e) est obligatoire.

Date: _____ Signature: _____

Si vous êtes mineur(e),

signature du, de la représentant (e) légal (e): _____