BROW STUDIO
MILANO

Brow Studio Srls
Via Giacinto Bruzzesi, 01
20146 Milano
P.IVA 10559980965
www.browstudiomilano.it

CONSENSO INFORMATO

per l'esecuzione di interventi di Trucco permanente

Il presente documento è finalizzato a consentire al cliente una piena comprensione delle implicazioni e dei potenziali rischi per la salute legate alla sottoposizione del trattamento di trucco permanente, inteso come azione basata sull'inserimento sottocutaneo di pigmenti colorati e riconducibile ad un'evoluzione tecnica dell'attività comunemente definita "tatuatoria". Il cliente è tenuto a leggere con attenzione il presente documento, a porre eventuali richieste di chiarimenti all'operatore e, solo ove ritenga di aver pienamente compreso quanto ivi esposto, sottoscrivere il presente modulo a conferma della sua integrale comprensione e della veridicità delle dichiarazioni richieste per la realizzazione del servizio.
Il cliente – consapevole dell'importanza delle seguenti informazioni – dichiara e autocertifica quanto segue: (a)è maggiorenne*, (b) non soffre di patologie cardiache, neurologiche o emocoagulative, (c) non è in un periodo di puerperio (gravidanza e allattamento), (d) non è sotto l'influenza di droghe o alcool, (e) non è sottoposto a terapie farmacologiche (essendo consapevole che l'assunzione di determinati prodotti farmacologici può interagire negativamente con l'insorgere di conseguenze dannose per la salute in occasione di sessioni di trucco permanente). Il cliente si è accertato che tutta l'attrezzatura utilizzata per l'effettuazione della prima seduta e di tutte le altre sedute necessarie a completare o mantenere in vita il trattamento richiesto, è sterile e monouso e che la struttura presso la quale viene eseguita la presente sessione di trucco permanente presenta idonee condizioni igieniche in quanto è consapevole che, in assenza del rispetto di idonee prassi e procedure igieniche, praticando il trucco permanente, si può andare incontro a infezioni sia per trasmissione ematica, come i prioni e i virus dell'epatite B e C, e HIV, sia a quelle per trasmissione non ematica, come il tetano, le infezioni batteriche della ferita da stafilococchi e streptococchi che possono provocare anche malattie gravi. Oltre essere stato sufficientemente informato su tutti i possibili rischi legati alla decisione di sottoporsi a questa pratica, sono state date al cliente spiegazioni dettagliate riguardo al possibile insorgere di fenomeni indesiderati quali: (a) rigetto del pigmento e a reazioni allergiche, (b) cicatrizzazioni anomale, (c) migrazioni del pigmento sottocute che potrebbero anche causare depositi eccessivi di colore (piccole macchie scure) e (d) viraggi dei pigmenti nel tempo. In particolare, il cliente è stato informato del fatto che in assenza di una prova allergologica effettuata da personale sanitario, la sottoposizione a dermopigmentazione può causare reazioni allergiche anche di grave entità che si possono manifestare anche a distanza di settimane dalla sessione di Trucco permanente. Il cliente, al fine di limitare l'insorgere dei rischi sopra esposti, si impegna, nel periodo di cicatrizzazione conseguente a tutte le sedute svolte, a seguire le istruzioni riportate sul memorandum[1] consegnatogli.
Il cliente è stato informato del fatto che, nel derma, la permanenza dei pigmenti bio-assorbibili utilizzati per la presente sessione di trucco permanente è strettamente legata a fattori soggettivi, pertanto la durata del lavoro svolto è difficilmente misurabile e non può essere stabilita preventivamente. Il cliente è' stato informato che per il raggiungimento di un buon risultato sono necessarie almeno due sedute, ma in alcuni casi potrebbero essere necessarie delle sedute aggiuntive. È consapevole che tra una seduta e l'altra dovranno passare almeno 40 (quaranta) giorni. Per quanto sopra egli accetta tutte le conseguenze che possono derivare dalla decisione di sottoporsi a questo trattamento, sollevando Brow Studio Srls, ovvero lo studio da questo incaricato da qualunque responsabilità.
Il cliente dichiara sotto la propria responsabilità che i seguenti dati sono veritieri e corretti.

Specifiche dell'intervento

Tipo di intervento ____**TATUAGGIO COSMETICO**_____

1° Seduta data _____ Colore: _____

2° seduta data _____ Colore: _____

3° seduta data _____ Colore: _____

Firma _____

*** Compilare in caso di cliente minorenne**

Nome/Cognome_____

Doc.di riconoscimento_____

PADRE / MADRE del minore succitato, informato/a sui possibili rischi derivanti dall'esecuzione di una sessione di trucco permanente, avendo letto attentamente il presente modulo, consento l'effettuazione sul minore del sopraindicato intervento.

Firma _____

Prova Colore

La prova colore è una procedura consigliata nella "Dermopigmentazione" per valutare l'eventuale viraggio sottocute o l'assestamento del pigmento a distanza di tempo. Inoltre tale procedura potrebbe ridurre i rischi di reazioni allergiche ai pigmenti. In caso di rifiuto di sottoporsi a tale prova, effettuata con prodotti utilizzati per la sessione di trucco permanente, il cliente esonera l'operatore da qualsiasi responsabilità dovuta a reazioni impreviste, mutamento del colore e a qualsiasi altra anomalia accertata per intollerabilità al prodotto.

Prodotti utilizzati(codice colori) _____ Zona: _____ Data: _____

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI CASELLE: Rifiuto la prova colore ☐ Chiedo di effettuare la prova colore ☐

Firma _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome

_____

Cognome

_____

Codice Fiscale / P.IVA

_____

SDI (se provvisti)

_____

Indirizzo e numero civico

_____

Città

_____

Documento di riconoscimento

_____

Telefono

_____

E-mail / Pec

_____

BROW STUDIO
MILANO

Brow Studio Srls
Via Giacinto Bruzzesi, 01
20146 Milano
P.IVA 10559980965
www.browstudiomilano.it

Indagine sul suo stato di salute

La preghiamo di rispondere in modo veritiero, a tutte le domande nella tabella relativa al suo stato di salute.
Firmando il presente lei si assume tutte le responsabilità, per eventuali risposte non veritiere, omesse, o tralasciate.
Il trattamento di trucco permanete, viene effettuato rispettando tutte le norme igieniche, e l'operatore deve essere informato sul suo stato di salute.

Barrare la casella: si o no, ed eventualmente specificare:

EMOFILIA	SI	NO	
DIABETE MELLITO	SI	NO	
EPATITE TIPO A,B,C,D,E,F	SI	NO	
HIV	SI	NO	
MALATTIE DELLA PELLE	SI	NO	
ECZEMA	SI	NO	
ALLERGIA (SE SI A COSA)	SI	NO	
MALATTIE AUTOIMMUNI	SI	NO	
E' O E' STATO PREDISPOSTO ALL'HERPES	SI	NO	
MALTTIE INFETTIVE / FEBBRE ALTA	SI	NO	
EPILESSIA	SI	NO	
SOFFRE DI PROBLEMI CARDIOVASCOLARI?	SI	NO	
ASSUME O HA ASSUNTO ANTICOAGULANTI?	SI	NO	
E' IN STATO DI GRAVIDANZA O ALLATTAMENTO?	SI	NO	
ASSUME REGOLARMENTE MEDICINE ?	SI	NO	
HA UN PACEMAKER ?	SI	NO	
HA PROBLEMI DI CICATRIZZAZIONE DELLE FERITE?	SI	NO	
NELLE ULTIME 24 ORE HA ASSUNTO ALCOL O DROGHE?	SI	NO	
NELLE ULTIME 24 ORE, HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI, TATUAGGI, PIERCING O ALTRI INTERVENTI MEDICI? (anche Terapie di qualunque genere)	SI	NO	
ALTRO			

Copertura dei lavori eseguiti da terzi

In caso di lavori definiti "cover-up", ossia lavori eseguiti da altri operatori, il cliente è stato informato che per il raggiungimento di un risultato ottimale è necessaria la rimozione attraverso laserterapia del vecchio lavoro. Con la presente firma il cliente dichiara di non voler sottoporsi al trattamento laser. Il cliente richiede a Brow Studio Srls di migliorare il lavoro già presente attraverso un ciclo di sedute distanziate da almeno 30 giorni. Il cliente è consapevole che potrebbero essere necessarie più sedute per il raggiungimento di un buon risultato. Il numero di sedute non è mai inferiore a 3 (tre). Il cliente è stato informato che in caso di utilizzo di color carne (Definiti "skin tone"), la zona trattata non potrà più essere sottoposta a trattamenti laser. In caso contrario la zona dermopigmentata con tali colori si scurirà in seguito alla trasformazione dei pigmenti bersagliati dal fascio di luce laser.
Per quanto sopra il cliente solleva Brow Studio Srls da qualsiasi responsabilità proveniente dal tentativo di bonifica o recupero del lavoro da correggere.

Firma _____

Privacy

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, per la protezione dei dati personali, per il trattamento e la riservatezza dei dati personali in ambito scientifico-sanitario, e al D.P.R. n. 318/1999, per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali, acconsento all'utilizzo dei miei dati per uso interno.

Firma _____

Utilizzo di materiale fotografico (facoltativo)
Anche ai fini di cui all'art. 10 del Codice Civile e dell'art. 96 della L. n. 633/1941, autorizzo l'utilizzo a titolo gratuito ed a fini promozionali da parte di Brow Studio Srls di eventuali immagini fotografiche e video realizzati con il mio consenso durante lo svolgimento della sessione.

Firma _____