

FICHE DE DECLARATION D'EFFET(S) INDÉSIRABLE(S) CONSECUTIF(S) A LA REALISATION D'UN TATOUAGE

Merci de conserver au moins 3 mois le ou les produit(s) de tatouage concerné(s) par l'effet indésirable constaté.

<p>Notificateur* : médecin, pharmacien, tatoueur, personne tatouée, autres (préciser)</p> <p>Nom : Adresse :</p> <p>Téléphone : / / / / / / Télécopie : / / / / / / Mel : Date d'établissement de la fiche : / / / /</p>	<p>Personne tatouée :</p> <p>Nom (3 premières lettres) : / / / / Prénom : Date de naissance : / / / / / Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Grossesse en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Profession :</p>
<p>Produit(s) : N° Lot :</p> <p>Nom complet : Color Index ** (CI) : Fournisseur / Distributeur : Nom : Adresse :</p> <p>Fabricant : Nom : Adresse :</p>	<p>Exposition particulière au produit :</p> <p>Usage professionnel : <input type="checkbox"/> Mésusage : <input type="checkbox"/> Tatouage(s) antérieur(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Type d'effet indésirable :</p> <p><input type="checkbox"/> Manifestations au niveau de la zone de réalisation du tatouage :</p>
<p>Réalisation du tatouage :</p> <p>Tatoueur : Nom : Adresse :</p> <p>Type de tatouage* : monochrome / polychrome</p> <p>Couleur(s) : Date de réalisation du tatouage : Zone(s) corporelle(s) où a été réalisé le tatouage : Produit(s) associé(s) (anesthésique, antiseptique, ...) : Date de survenue de l'effet indésirable : / / / /</p>	<p><input type="checkbox"/> Manifestations à distance de la zone de réalisation du tatouage :</p> <p><input type="checkbox"/> Manifestations régionales Préciser :</p>
<p>Conséquences de l'effet indésirable :</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation médecin <input type="checkbox"/> Consultation pharmacien <input type="checkbox"/> Gêne sociale (préciser) : <input type="checkbox"/> Arrêt de travail <input type="checkbox"/> Intervention médicale urgente (préciser) : <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Séquelles, invalidité ou incapacité <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :</p>	<p><input type="checkbox"/> Manifestations générales Préciser :</p>
<p>Description et délai de survenue de l'effet indésirable :</p> <p>Autre(s) facteur(s) associé(s) :</p>	

* Entourer la bonne réponse.

** A défaut, dénomination chimique internationale, dénomination INCI, numéro de CAS ou dénomination chimique usuelle.

Antécédents de la personne concernée par l'effet indésirable :

- Pathologies allergiques** (préciser)
 Confirmation par des tests (préciser) :
- Pathologies cutanées** (préciser) :
- Autres pathologies** (préciser) :

Evolution de l'effet indésirable :

- Résolution spontanée :** Oui Non Si oui, dans quel délai ?
- Mise en œuvre d'un traitement local ? :** Oui Non Si oui, lequel ?
- Mise en œuvre d'un traitement général ? :** Oui Non Si oui, lequel

Examens complémentaires :

- Réalisation d'une photo :** Oui Non
- Prélèvements microbiologiques :** Oui Non Préciser :
- Bilan sanguin :** Oui Non Préciser :
- Biopsie :** Oui Non Préciser :

Enquête allergologique :

Test(s) sur le ou les produit(s) concernés par l'effet indésirable :

Produit(s) testé(s) / Allergènes	Méthode(s) utilisée(s)	Délai de lecture	Résultats	Commentaires

Autres :

Diagnostic retenu :

Conclusions :

Y-a-t-il, selon vous, un lien de causalité entre l'effet constaté et la réalisation du tatouage :

Oui Non Peut être

Autre(s) cause(s) possible(s) :

Commentaires :