

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><u>Notificateur :</u> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Tatoueur <input type="checkbox"/> Personne tatouée <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Préciser : Nom : Adresse : Téléphone : / / / / / / Télécopie : / / / / / / Mel : Date d'établissement de la fiche : / / / /</p>	<p><u>Personne tatouée :</u> 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"/> NA <input type="checkbox"/> Profession :</p>
<p><u>Produit(s) :</u> N° Lot : Nom complet : Color Index* (CI) : <u>Nom du fournisseur / distributeur :</u> Adresse : <u>Nom du fabricant :</u> Adresse :</p>	<p><u>Exposition particulière au produit :</u> Usage professionnel : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mésusage : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tatouage(s) antérieur(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Réalisation du tatouage :</u> Nom du tatoueur : Adresse : Type de tatouage : Monochrome <input type="checkbox"/> Polychrome <input type="checkbox"/> 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><u>Type d'effet indésirable :</u> <input type="checkbox"/> Manifestations au niveau de la zone de réalisation du tatouage : <input type="checkbox"/> Manifestations à distance de la zone de réalisation du tatouage : <input type="checkbox"/> Manifestations régionales, préciser : <input type="checkbox"/> Manifestations générales, préciser :</p>
<p><u>Description et délai de survenue de l'effet indésirable :</u></p>	<p><u>Conséquences de l'effet indésirable :</u> <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>

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

NA : Non applicable

Autre(s) facteur(s) associé(s) :

PARTIE A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE AYANT CONSTATE L'EFFET INDESIRABLE

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 par voie générale ? :** Oui Non
 Si oui, lequel ?

Examens complémentaires :

- Réalisation d'une photo :** Oui Non
- Prélèvements microbiologiques :** Oui Non
 Si oui, préciser ?
- Bilan sanguin :** Oui Non
 Si oui, préciser ?
- Biopsie :** Oui Non
 Si oui, 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 examens complémentaires :

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 :