

**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><b>Notificateur*</b> : médecin, pharmacien, tatoueur, personne tatouée, autres (préciser)</p> <p>Nom : Adresse :</p> <p>Téléphone : / / / / / / Télécopie : / / / / / / Mel : Date d'établissement de la fiche : / / / /</p>	<p><b>Personne tatouée :</b></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><b>Produit(s) :</b> N° Lot :</p> <p>Nom complet : Color Index ** (CI) : <b>Fournisseur / Distributeur :</b> Nom : Adresse :</p> <p><b>Fabricant :</b> Nom : Adresse :</p>	<p><b>Exposition particulière au produit :</b></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><b>Type d'effet indésirable :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manifestations au niveau de la zone de réalisation du tatouage :</p>
<p><b>Réalisation du tatouage :</b></p> <p><b>Tatoueur :</b> Nom : Adresse :</p> <p><b>Type de tatouage*</b> : 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><b>Conséquences de l'effet indésirable :</b></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><b>Description et délai de survenue de l'effet indésirable :</b></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 :**