

## **NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO TATUAGGIO E PIERCING**

### **TATUAGGI**

I tatuaggi sono realizzati introducendo sostanze coloranti sotto la pelle mediante punture multiple. I disegni ottenuti sono indelebili e per rimuoverli è necessario un intervento di chirurgia plastica o laser.

#### **Possibili effetti collaterali e complicazioni:**

- Reazione allergica alle sostanze coloranti con comparsa sulla pelle di arrossamento, gonfiore, prurito.
- Infezione nella sede del tatuaggio con comparsa di arrossamento e dolore.
- Cheloidi cioè cicatrici ipersviluppate.
- Granulomi cioè noduli che si formano intorno al materiale iniettato che il corpo percepisce come estraneo.
- Infezione con malattie a trasmissione ematica (epatite B, epatite C, AIDS) quando il tatuatore non effettui correttamente la sterilizzazione dello strumentario.

#### **A chi è sconsigliato:**

- Soggetti con infiammazioni, lesioni, malattie della pelle.
- Soggetti allergici.
- Soggetti cardiopatici.
- Bambini e donne gravide.

### **PIERCING**

Il piercing consiste nell'inserimento di anelli e metalli di diverse forme in varie zone del corpo.

#### **Possibili effetti collaterali e complicazioni:**

- reazione allergica al metallo utilizzato con comparsa sulla pelle di arrossamento, gonfiore, prurito;
- infezione nella sede del piercing con comparsa di arrossamento e dolore;
- malattie trasmesse col sangue (epatite B, epatite C, AIDS ..) se chi effettua il piercing non utilizza materiale sterile.

#### **A chi è sconsigliato:**

- bambini e donne gravide;
- soggetti con infiammazioni, lesioni, malattie della pelle;
- soggetti allergici.

**IN PRESENZA DI MALATTIE E/O ASSUNZIONE DI FARMACI  
È NECESSARIO CHIEDERE PARERE AL PROPRIO MEDICO.  
DOPO ESSERSI SOTTOPOSTI AL TRATTAMENTO  
È NECESSARIO ATTENDERE UN ANNO PRIMA DI DONARE IL SANGUE.**

## CONSENSO INFORMATO per TATUAGGIO / PIERCING

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

**letto quanto sopra**

### CHIEDO

di essere sottoposto/a a ☐ tatuaggio ☐ piercing

☐ che mio figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ venga sottoposto/a a ☐ tatuaggio ☐ piercing

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*(Si allega informativa sul trattamento dei dati personali)*

### SCHEDA PERSONALE (da compilare a cura dell'operatore)

| Data di effettuazione | Parte del corpo ove viene effettuato il trattamento |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|
|                       |                                                     |
|                       |                                                     |
|                       |                                                     |
|                       |                                                     |

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dell'operatore



**TATUATORI.IT**  
Emozioni a Fior di Pelle

\_\_\_\_\_