

Annexe 51-32 du Livre V de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie

Annexe à l'article R. 5135-14

Historique :

Créé par : Arrêté n° 2022-2981/GNC du 21 décembre 2022 modifiant le livre V de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie

JONC du 30 décembre 2022
Page 1599



DECLARATION A ADRESSER
A LA DASS-NC
Fax :24 37 02 ou par e-mail à
jp.dass@gouv.nc



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 : / / / /</p> <p>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>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) : <u>Fournisseur / Distributeur :</u> Nom : Adresse :</p> <p><u>Fabricant :</u> 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>Réalisation du tatouage : <u>Tatoueur :</u> Nom : Adresse :</p> <p><u>Type de tatouage*</u> : 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>Type d'effet indésirable :</p> <p><input type="checkbox"/> Manifestations au niveau de la zone de réalisation du tatouage :</p> <p><input type="checkbox"/> Manifestations à distance de la zone de réalisation du tatouage :</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Manifestations régionales Préciser :</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Manifestations générales 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>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.

