



**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 :**