

\_\_\_\_\_

Nom du Proposant

**Suivez-vous les lignes directives de votre ministère provincial de la Santé sur les pratiques exemplaires relatives à la prévention et à la lutte contre les infections?**

Oui  Non

**Si vous exploitez en Colombie-Britannique, suivez-vous les lignes directives de gouvernement de la Colombie-Britannique relativement au tatouage?**

Oui  Non

**Est-ce que vous tenez à jour un certificat d'inspection de santé avec le ministère provincial de la santé?**

Oui  Non

**Es-ce que les clients en dessous de 18 ans doivent être accompagnés par un adulte consentant ?**

Oui  Non

**Refusez-vous le service aux clients qui semblent être sous l'influence de narcotiques ou d'alcool?**

Oui  Non

**Les clients doivent-ils s'entendre sur la conception avant le commencement du service?**

Oui  Non

**Les clients ont-ils fourni avec des informations détaillées qui décrit les procédures et les risques et les effets secondaires possibles?**

Oui  Non

**Est-ce que chaque nouveau patient doit signer un formulaire de consentement en déclarant qu'il comprend et accepte les risques?**

Oui  Non

**Combien de temps conservez-vous les renseignements/documentations de vos clients dans vos dossiers?**

\_\_\_\_\_

Ans

\_\_\_\_\_

Imprime votre nom et titre

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur ou du représentant autorisé

DATE: 

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---