



<p>1) SEGNALATORE CHE COMPILA LA SCHEDA</p> <p><input type="checkbox"/> Consumatore</p> <p><input type="checkbox"/> Professionista sanitario, specificare la qualifica</p> <p><input type="checkbox"/> Professionista che utilizza il prodotto cosmetico (es. estetista, parrucchiere, altro).....</p> <p><input type="checkbox"/> altro (es. genitore, figlia, altro...)</p> <p>*Contatti del segnalatore Nome e cognome* Indirizzo Numero telefono o email* *dato obbligatorio per poter contattare il segnalatore</p>	<p>Diagnosi (compilare solo se è stata effettuata da un medico) Se si dispone di un referto allegarlo alla scheda Indicare una tra le seguenti opzioni:</p> <p><input type="checkbox"/> comedogenesi</p> <p><input type="checkbox"/> dermatite allergica da contatto</p> <p><input type="checkbox"/> dermatite irritativa da contatto</p> <p><input type="checkbox"/> eritema</p> <p><input type="checkbox"/> fotodermatite</p> <p><input type="checkbox"/> orticaria</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare)</p> <p>Sospensione del prodotto L'uso del prodotto è stato interrotto dopo l'effetto indesiderabile? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>se sì, la reazione è migliorata? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>Risposizione al prodotto Il prodotto cosmetico sospetto è stato usato nuovamente? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, si è ripresentato l'effetto? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì</p> <p>se sì con le stesse modalità <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>2) UTILIZZATORE DEL PRODOTTO</p> <p><input type="checkbox"/> Consumatore</p> <p><input type="checkbox"/> Professionista che utilizza il prodotto cosmetico (es. estetista, parrucchiere, altro).....</p> <p>Iniziali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Età Data di nascita:/...../.....</p> <p>Sesso: <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio</p> <p>Soffre di allergia (es. a farmaci, alimenti, integratori, cosmetici, pollini, nichel etc.)? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, specificare</p>	<p>5) GRAVITÀ: L'EFFETTO INDESIDERABILE HA PROVOCATO COME CONSEGUENZA..... (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE)</p>
<p>3) PRODOTTO COSMETICO</p> <p>Nome per esteso del prodotto cosmetico come indicato in etichetta (se si dispone di una foto del prodotto allegarla alla scheda) </p> <p>Azienda/Persona responsabile</p> <p>Categoria di prodotto (es. crema corpo/crema viso/shampoo/deodorante/.....).....</p> <p>Numero di lotto:</p> <p>(Il numero di lotto si deve leggere dal contenitore o dalla scatola del cosmetico)</p> <p>Prodotto per uso professionale? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì</p> <p>Utilizzo del prodotto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data del primo impiego/...../..... - Data dell'ultimo impiego/...../..... - Frequenza d'uso: n° volte giorno/sett/mese/anno - Il prodotto era già stato utilizzato in passato? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, specificare quando - Il prodotto è stato utilizzato secondo le indicazioni riportate in etichetta? (es. per sede e tempo di applicazione) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no, specificare..... 	<p><input type="checkbox"/> Consulto con un professionista sanitario (medico, farmacista etc.), specificare</p> <p><input type="checkbox"/> Accesso al pronto soccorso o alla guardia medica</p> <p>L'evento ha prodotto un'incapacità funzionale temporanea o permanente (incapacità di svolgere regolarmente il proprio lavoro e/o le proprie attività quotidiane)?.....</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, specificare.....</p> <p><input type="checkbox"/> temporanea, per quanto tempo? <input type="checkbox"/> permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Ospedalizzazione, per quanto tempo?</p> <p><input type="checkbox"/> Disabilità</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalie congenite</p> <p><input type="checkbox"/> Rischio per la vita immediato</p> <p><input type="checkbox"/> Morte</p> <p><input type="checkbox"/> Altro :</p> <p>L'effetto indesiderabile riportato nella segnalazione è stato confermato da un medico? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>4) DESCRIZIONE DELL'EFFETTO INDESIDERABILE GRAVE (EIG) O NON GRAVE (EI)</p>	<p>Allega il certificato medico? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì</p>

DATA DI INSORGENZA:/...../.....

Nazione in cui si è verificato l'effetto:

Descrizione dell'effetto

- eritema/rossore edema/gonfiore desquamazione papula
 vescicola bolla pustola pomfo crosta
 ragade
 prurito bruciore
 Altro, specificare

Localizzazione

In quale parte del corpo si è manifestato l'effetto indesiderabile grave (EIG) o non grave (EI)?

- cute, (aree interessate):
 cuoio capelluto capelli palpebra inferiore palpebra superiore
 congiuntiva denti viso unghie labbra bocca
 altro, specificare:
 l'effetto si è manifestato nella zona di applicazione del prodotto
 l'effetto si è manifestato ANCHE in altre zone (specificare):
 l'effetto NON si è manifestato nella zona di applicazione del prodotto, ma in altre zone (specificare):

- Risoluzione, se si specificare dopo quanto tempo:
 Miglioramento
 Risoluzione con conseguenze (postumi), specificare.....
 E' ancora in corso
 - Sono stati prescritti farmaci per il trattamento dell'effetto indesiderabile?
 no si, quali e a che dosi?

 - Sono stati eseguiti analisi e/o test allergologici?
 no si, quali?

7) INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Commenti:
 Uso concomitante di altri prodotti (farmaci, alimenti, integratori, fitoterapici, altri cosmetici etc.)

Data di compilazione:/...../.....

Firma:

Allegati n°.....