

FICHE DE DECLARATION D'EFFET(S) INDÉSIRABLE(S) SUITE A L'UTILISATION D'UN PRODUIT COSMÉTIQUE

Merci de conserver au moins 3 mois le ou les produit(s) cosmétique(s) concerné(s) par l'effet indésirable constaté.

<p>Notificateur: médecin, pharmacien, dentiste, autres*</p> <p>Nom:</p> <p>Adresse:</p> <p>.....</p> <p>Téléphone: Télécopie:</p> <p>Mel:</p> <p>Date d'établissement de la fiche:</p>	<p>Utilisateur:</p> <p>Nom (3 premières lettres):</p> <p>Prénom:</p> <p>Date de naissance:</p> <p>Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Grossesse en cours: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Profession:</p>
<p>Produit: N° lot:</p> <p>Nom complet:</p> <p>Société/marque:</p> <p>Usage/fonction du produit:</p> <p>Lieu d'achat:</p>	<p>Exposition particulière au produit:</p> <p>Usage professionnel: <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Mésusage: <input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>Utilisation:</p> <p>Date de 1^{ère} utilisation du produit:</p> <p>Rythme d'utilisation (par jour / par semaine / per mois):</p> <p>Date de survenue de l'effet indésirable:</p>	<p>Localisation de l'effet indésirable:</p> <p>Sur la zone d'application du produit: <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Réaction à distance de la zone d'application: <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Peau zone(s) corporell(s) concernée(s):</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ongles <input type="checkbox"/> dents <input type="checkbox"/> cheveux <input type="checkbox"/> yeux</p> <p><input type="checkbox"/> muqueses: oculaire* - auriculaire* - nasale* - buccale* - pharyngée* - pulmonaire* - génitale* - anale*</p>
<p>Conséquences de l'effet indésirable:</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation pharmacien</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation dentiste</p> <p><input type="checkbox"/> Gêne sociale (préciser):</p> <p><input type="checkbox"/> Arrêt de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Intervention médicale urgente (préciser):</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisation</p> <p><input type="checkbox"/> Séquelles, invalidité ou incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (préciser):</p>	<p>Signes d'accompagnement:</p> <p><input type="checkbox"/> respiratoires</p> <p><input type="checkbox"/> généraux</p> <p><input type="checkbox"/> digestifs</p> <p><input type="checkbox"/> neurologiques</p> <p>Si autre chose, préciser:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Description et délai de survenue de l'effet indésirable:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

* entourer la bonne réponse

Diagnostic porté par le médecin ou le dentiste, le cas échéant:

Cette fiche est à faxer dans les plus brefs délais au +32(0)57 21 78 79 ou à renvoyer à l'adresse en haut de page

Nom utilisateur (3 premières lettres):

PARTIE À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL AYANT CONSTATÉ L'EFFET INDÉSIRABLE

Antécédents de la personne concernée par l'effet indésirable:

- Allergiques** (préciser):
- Confirmation par des tests (préciser):
- Pathologies cutanées** (préciser):
- Pathologies autres** (préciser):

Evolution de la réaction indésirable:

Résolution spontanée à l'arrêt des applications: Oui Non

Si oui, dans quel délai?

Mise en œuvre d'un traitement symptomatique: Oui Non

Si oui, lequel?

Produits associés éventuels:

(autres produits cosmétiques, médicaments, compléments alimentaires, ...) (préciser les dénominations commerciales):

.....

.....

Enquête allergologique:

Test(s) sur le ou les produits finis concernés par la réaction indésirable:

Produit(s) testé(s)	Méthode(s) utilisée(s)	Délai de lecture	Résultats	Commentaires

Test(s) sur les ingrédients ou allergènes suspectés:

Allergène(s)	Méthode(s) utilisée(s)	Délai de lecture	Résultats	Commentaires

Test de réintroduction:

Le produit a-t-il été appliqué à nouveau: Oui Non

Si oui, l'événement indésirable a-t-il récidivé: Oui Non

Conclusions:

Y-a-t-il, selon vous, un lien de causalité entre l'effet constaté et le produit cosmétique concerné: Oui Non Peut être

Autre(s) cause(s) possible(s):

Commentaires:

.....

.....