

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

* entourer la bonne réponse

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

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 :