



FICHE DE DECLARATION DE REACTIONS INDESIRABLES SUITE A L'UTILISATION D'UN PRODUIT COSMETIQUE

Date du rapport : / /20

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

NOTIFICATEUR Nom : Profession : médecin, pharmacien, dentiste, autres (précisez) : Adresse : Tel : E-mail :	UTILISATEUR Initiales :/...../..... Age : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Profession : DATE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION : / /20
PRODUIT/INGRÉDIENT N° lot : Nom complet : Société/marque : Usage/fonction du produit : lieu d'achat : Coordonnées inscrites sur le produit :	LOCALISATION DE L'EFFET INDÉSIRABLE Zone d'application du produit : <input type="checkbox"/> oui Réaction à distance : <input type="checkbox"/> oui Description des zones concernées :
UTILISATION DU PRODUIT Date de première utilisation : / /20 Fréquence d'utilisation (par jour/semaine/mois) : Durée d'utilisation du produit : Date de survenue de l'effet indésirable : / /20 Utilisation simultanée d'autres produits (autres produits cosmétiques, médicaments, compléments alimentaires, ...) :	DESCRIPTION DE L'EFFET INDÉSIRABLE SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> DIGESTIFS <input type="checkbox"/> GÉNÉRAUX <input type="checkbox"/> NEUROLOGIQUES <input type="checkbox"/>
EXPOSITION PARTICULIÈRE AU PRODUIT <input type="checkbox"/> Usage professionnel <input type="checkbox"/> Usage normal <input type="checkbox"/> Mésusage	TRAITEMENT EVOLUTION DES SYMPTÔMES

Les données en gras sont obligatoires. Les données sont traitées de manière confidentielle.

Partie à remplir par le spécialiste

ANTÉCÉDENTS

- Allergies (préciser) :
Confirmation par des tests (préciser) :
- Pathologies cutanées (préciser) :
- Autres pathologies (préciser) :

ÉVOLUTION DE LA RÉACTION INDÉSIRABLE :

ENQUÊTE ALLERGOLOGIQUE

Tests sur le(s) produit(s) fini(s) concerné(s) par la réaction indésirable :

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

Tests sur le(s) ingrédient(s) ou allergène(s) suspecté(s) :

allergène(s)	Méthode(s) utilisée(s)**	Délai de lecture*	Résultats	Commentaires

APPLICATION RÉPÉTÉE :

Le produit a-t-il été appliqué à nouveau : oui non

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

COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES (AJOUTER UNE FEUILLE LIBRE AU BESOIN POUR VOS COMMENTAIRES)

* Lecture après 2, 4, ... jours.

** Exemple : Concentration de test : 5%, véhicule : vaseline.