



1) SEGNALATORE CHE COMPILA LA SCHEDA	
<input type="checkbox"/> Consumatore <input type="checkbox"/> Professionista sanitario, specificare la qualifica <input type="checkbox"/> Professionista che utilizza il prodotto cosmetico (es. estetista, parrucchiere, altro)..... <input type="checkbox"/> altro (es. genitore, figlia, altro....)	
Contatti del segnalatore Nome e cognome Indirizzo Numero telefono o email* *dato obbligatorio per poter contattare il segnalatore	
2) UTILIZZATORE DEL PRODOTTO	
<input type="checkbox"/> Consumatore <input type="checkbox"/> Professionista che utilizza il prodotto cosmetico (es. estetista, parrucchiere, altro)..... Iniziali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Età Data di nascita:/...../..... Sesso: <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio Soffre di allergia (es. a farmaci, alimenti, integratori, cosmetici, pollini, nichel etc.)? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, specificare	
3) PRODOTTO COSMETICO	
Nome per esteso del prodotto cosmetico come indicato in etichetta (se si dispone di una foto del prodotto allegarla alla scheda) Azienda/Persona responsabile Categoria di prodotto (es. crema corpo/crema viso/shampoo/deodorante/.....)..... Numero di lotto: (Il numero di lotto si deve leggere dal contenitore o dalla scatola del cosmetico) Prodotto per uso professionale? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Utilizzo del prodotto - 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"/> si, specificare quando - Il prodotto è stato utilizzato secondo le indicazioni riportate in etichetta? (es. per sede e tempo di applicazione) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no, specificare.....	
4) DESCRIZIONE DELL'EFFETTO INDESIDERABILE GRAVE (EIG) O NON GRAVE (EI)	
DATA DI INSORGENZA:/...../..... Nazione in cui si è verificato l'effetto: Descrizione dell'effetto <input type="checkbox"/> eritema/rossore <input type="checkbox"/> edema/gonfiore <input type="checkbox"/> desquamazione <input type="checkbox"/> papula <input type="checkbox"/> vescicola <input type="checkbox"/> bolla <input type="checkbox"/> pustola <input type="checkbox"/> pomfo <input type="checkbox"/> crosta <input type="checkbox"/> ragade <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> bruciore Altro, specificare Localizzazione In quale parte del corpo si è manifestato l'effetto indesiderabile grave (EIG) o non grave (EI)? <input type="checkbox"/> cute, (aree interessate): <input type="checkbox"/> cuoio capelluto <input type="checkbox"/> capelli <input type="checkbox"/> palpebra inferiore <input type="checkbox"/> palpebra superiore <input type="checkbox"/> congiuntiva <input type="checkbox"/> denti <input type="checkbox"/> viso <input type="checkbox"/> unghie <input type="checkbox"/> labbra <input type="checkbox"/> bocca <input type="checkbox"/> altro, specificare: <input type="checkbox"/> l'effetto si è manifestato nella zona di applicazione del prodotto <input type="checkbox"/> l'effetto si è manifestato ANCHE in altre zone (specificare):..... <input type="checkbox"/> l'effetto NON si è manifestato nella zona di applicazione del prodotto, ma in altre zone (specificare):	
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: <input type="checkbox"/> comedogenesi <input type="checkbox"/> dermatite allergica da contatto <input type="checkbox"/> dermatite irritativa da contatto <input type="checkbox"/> eritema <input type="checkbox"/> fotodermatite <input type="checkbox"/> orticaria <input type="checkbox"/> altro (specificare) Sospensione del prodotto L'uso del prodotto è stato interrotto dopo l'effetto indesiderabile? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si se si, la reazione è migliorata? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Risposizione al prodotto Il prodotto cosmetico sospetto è stato usato nuovamente? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, si è ripresentato l'effetto? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si se si con le stesse modalità <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
5) GRAVITÀ: L'EFFETTO INDESIDERABILE HA PROVOCATO COME CONSEGUENZA.....(ALLEGARE DOCUMENTAZIONE)	
<input type="checkbox"/> Consulto con un professionista sanitario (medico, farmacista etc.), specificare <input type="checkbox"/> Accesso al pronto soccorso o alla guardia medica L'evento ha prodotto un'incapacità funzionale temporanea o permanente (incapacità di svolgere regolarmente il proprio lavoro e/o le proprie attività quotidiane)?..... <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, specificare..... <input type="checkbox"/> temporanea, per quanto tempo? <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/> Ospedalizzazione, per quanto tempo? <input type="checkbox"/> Disabilità <input type="checkbox"/> Anomalie congenite <input type="checkbox"/> Rischio per la vita immediato <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Altro : L'effetto indesiderabile riportato nella segnalazione è stato confermato da un medico? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Allega il certificato medico? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
6) ESITO DELL'EFFETTO INDESIDERABILE	
<input type="checkbox"/> Risoluzione, se si specificare dopo quanto tempo: <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Risoluzione con conseguenze (postumi), specificare..... <input type="checkbox"/> E' ancora in corso - Sono stati prescritti farmaci per il trattamento dell'effetto indesiderabile? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, quali e a che dosi? - Sono stati eseguiti analisi e/o test allergologici? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, quali?	
7) INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
<input type="checkbox"/> Uso concomitante di altri prodotti (farmaci, alimenti, integratori, fitoterapici, altri cosmetici etc.) Commenti: Data di compilazione/...../..... Firma: Allegati n°	