

**SCHEDA DI COMUNICAZIONE DI EFFETTI INDESIDERATI PER
L'UTILIZZO DI UN PRODOTTO COSMETICO**

(Si prega di conservare il prodotto cosmetico per almeno tre mesi dalla constatazione dell'effetto indesiderato)

Segnalatore: medico, farmacista, dentista, altri ...

Nome: _____
Indirizzo: _____
Telefono: _____
Fax: _____
E-mail: _____
Data di compilazione della scheda: _____

Utilizzatore:

Nome (prime tre lettere): ___/___/___/
Cognome: _____
Data di nascita: _____
Sesso: M F
Gravidanza in corso: SI NO
Professione: _____

Prodotto:

N.° di lotto: _____

Nome completo: _____

Azienda: _____

Uso/funzione del prodotto: _____

Luogo d'acquisto: _____

Utilizzazione

Data di 1° utilizzo del prodotto: _____

Ritmo di utilizzazione (giornaliero, settimanale, mensile) _____

Data di comparsa dell'effetto indesiderato _____

Conseguenze dell'effetto indesiderato:

- Consulto del farmacista
- Consulto del medico
- Consulto del dentista
- Disagio sociale
- Impedimento nell'attività lavorativa
- Intervento medico urgente (precisare): _____

- Ospedalizzazione
- Invalidità permanente o temporanea
- Altro (precisare): _____

Descrizione del trattamento dell'effetto indesiderato

Eventuale diagnosi del medico o del dentista: _____

Utilizzo del prodotto:

Uso professionale: SI

Uso improprio: SI

Localizzazione dell'effetto indesiderato:

Sulla zona di applicazione del prodotto: SI

Reazione a distanza dalla zona di applicazione: SI

Pelle:
zona/e del corpo coinvolta _____

- unghie capelli denti occhi
- mucose: oculare, auricolare, nasale, orale, faringea, polmonare, genitale, anale

Segni d'accompagnamento:

- respiratori digestivi
- generali neurologici

Altre precisazioni: _____

Nome dell'utilizzatore: ____/____/____

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PROFESSIONISTA DOPO LA CONSTATAZIONE DELL'EFFETTO INDESIDERATO

Antecedenti personali all'effetto collaterale:

Allergie (precisare):

risultati di indagini diagnostiche eseguite (precisare):

Patologie cutanee (precisare):

Altre patologie (precisare):

Evoluzione della reazione indesiderata:

Risoluzione spontanea dopo l'interruzione dell'applicazione: Si No

Se sì, dopo quanto tempo? _____

E' stato eseguito un trattamento sintomatico? Si No

Se sì, quale? _____

Eventuali altri prodotti usati contemporaneamente: (altri prodotti cosmetici, farmaci, integratori alimentari ...):

Precisare la denominazione commerciale

Informazioni allergologiche:

Eventuali tests eseguiti su prodotti cosmetici coinvolti nella reazione indesiderata:

Prodotto (i) testato (i)	Metodo utilizzato	Tempo di lettura	Risultati	Commento

Test su gli ingredienti allergizzanti sospetti:

Allergene (i)	Metodo utilizzato	Tempo di lettura	Risultati	Commento

Test di controllo:

Il prodotto è stato applicato nuovamente: SI NO

Se sì, l'evento indesiderato si è riverificato?: SI NO

Conclusioni:

Esprimete, se lo desiderate un commento sulla relazione di causalità tra il prodotto cosmetico e l'effetto indesiderato:

SI NO POSSIBILE

Altre cause possibili: _____

Commenti:

Farmacia Dr. Di Muria Alberto
Via Nazionale, 199 Padula Scalo (SA)
Tel 0975/74760
info@farmaciadimuria.it
www.farmaciadimuria.it