

**SCHEDA DI DEGNALAZIONE (da parte del consumatore)
EFFETTI INDESIDERATI (reazioni avverse) legate all'uso di COSMETICI**

**Al Ministero della Salute
Dip.to dell'Innovazione – DGFDM – Ufficio VII
00100 ROMA
Alla Regione Campania Settore Farmaceutico
Centro Direzionale is. C.3
80143 NAPOLI
Alla A.S.L. _____**

CONSUMATORE

Iniziale del Cognome e Nome ____/____ **Indirizzo** _____

Età (al momento dell'evento): anni ____ **C.a.p.** _____

Numero e tipo di documento _____

Sesso: M F **Gravidanza: Si No** **Telefono** ____/____ **email** _____

DESCRIZIONE DEL PRODOTTO

Nome completo del prodotto _____

Categoria:

- Profumi, acqua de toilette, acqua di colonia
- Deodoranti e antisudoriferi
- Prodotti solari
- Prodotti abbronzanti senza sole
- Prodotti per schiarire la pelle
- Prodotti per le labbra
- Tinture per capelli e decoloranti
- Prodotti per l'ondulazione, la stiratura e il fissaggio dei capelli
- Prodotti per la messa in piega dei capelli
- Saponi da toilette, saponi deodoranti etc..
- Prodotti per l'igiene intima esterna
- Fondotinta (liquidi, paste, ciprie)
- Cipria per il trucco, talco per il bagno o per l'igiene corporale etc...
- Prodotti per il trucco del viso e degli occhi
- Prodotti antirughe
- Creme, emulsioni, lozioni, geli e oli per la pelle (mani, piedi, viso, etc...)
- Preparazioni per bagni e docce (Sali , schiume, oli, geli etc)
- Prodotti per la depilazione
- Prodotti per pulire i capelli (lozioni, polveri, shampoo)
- Prodotti per mantenere i capelli in forma (lozioni, creme e oli)
- Prodotti per la rasatura (saponi, schiume, lozioni, etc...)
- Prodotti per l'igiene della bocca
- Prodotti per l'igiene delle unghie d lacche per unghie
- Altro _____

DATA DI PRODUZIONE _____

NR. DI LOTTO _____

LUOGO DI ACQUISTO (città- via) _____

MODO D'USO _____

Usò contemporaneo di altri prodotti (farmaci, di altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alimentari, altro cosmetico, prodotti per la casa, tatuaggi, etc...)

NO SI specificare _____

Malattie in atto

NO SI specificare _____

Dati medici rilevanti e notizie di interesse sul precedente uso di cosmetici (es. storia di allergie, precedenti reazioni legate all'uso di un cosmetico etc...)

NO SI specificare _____

Contatto con l'azienda produttrice del prodotto:

No SI specificare _____

Data del contatto ____/____/____

Segnalazione ad altre autorità

No SI specificare _____

Descrizione della reazione

Inizio della reazione ____/____/____

Durata della reazione : min ____ giorno (i) ____ settimana (e) ____

Attualmente la reazione è

In atto ____ risolta ____ (data risoluzione ____/____/____)

Localizzazione della reazione

<input type="checkbox"/> Cuoio capelluto	<input type="checkbox"/> Collo	<input type="checkbox"/> Fronte	<input type="checkbox"/> Palpebra sup.
<input type="checkbox"/> Guance	<input type="checkbox"/> Addome	<input type="checkbox"/> Periorale	<input type="checkbox"/> Palpebra inf.
<input type="checkbox"/> Ascelle	<input type="checkbox"/> Braccio	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Mucosa orale
<input type="checkbox"/> Cosce	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Gamba	<input type="checkbox"/> Avambraccio
<input type="checkbox"/> Piede		<input type="checkbox"/> Regione perianogenitale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diffuso			
<input type="checkbox"/> Al di fuori della zona di applicazione			

Informazioni sul cosmetico:

- Primo utilizzo ____ NO ____ SI
- Frequenza d'uso _____
- Durata dell'uso dal ____ al ____
- Cosmetico è stato sospeso ____ NO ____ SI
- Giorni tra applicazione e sintomi _____
- La reazione è migliorata dopo la sospensione? ____ NO ____ SI
- Il cosmetico è stato ripreso? ____ NO ____ SI
- Sono ricomparsi i sintomi dopo il riutilizzo del prodotto? ____ NO ____ SI

IN CASO DI CONSULTO MEDICO

Nome del medico _____

Indirizzo _____

Telefono _____

e-mail _____

Eventuale diagnosi medica e test allergologici:

Data di questa scheda ____/____/____