

Do dokumentu można dołączyć informacje uzupełniające/ zrelacjonowane w sposób opisowy														
8) Rezultat ciężkiego działania niepożądanego/ciężkich działań niepożądanych														
<input type="checkbox"/> Całkowite ustąpienie <i>Jeśli zmiany całkowicie ustąpiły, proszę podać, ile czasu upłynęło do ich ustąpienia:</i>														
<input type="checkbox"/> Poprawa	<input type="checkbox"/> Pojawiły się następstwa (powikłania)	<input type="checkbox"/> Utrzymuje się												
<input type="checkbox"/> Nieznany														
<input type="checkbox"/> Inne:														
9) Schorzenia podstawowe istotne w kontekście tego przypadku														
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane <i>Jeśli tak, proszę wymienić:</i>														
<input type="checkbox"/> Leczenie istotne w kontekście tego przypadku:														
<input type="checkbox"/> Inne jednocześnie stosowane produkty dodatkowe (leki, suplementy diety,...):														
10) Istotne w kontekście tego przypadku informacje medyczne/ historia choroby														
<input type="checkbox"/> Choroby alergiczne (wymienić): <i>Jeśli wcześniej wykonano badania, proszę je wymienić i podać ich wyniki:</i>														
<input type="checkbox"/> Choroby skóry (wymienić):														
<input type="checkbox"/> Inne schorzenia podstawowe istotne w kontekście tego przypadku:														
<input type="checkbox"/> Właściwości skóry, w tym fototyp:														
<input type="checkbox"/> Inne czynniki (<i>na przykład: szczególne warunki klimatyczne lub szczególny rodzaj ekspozycji</i>):														
11) Sposób postępowania w danym przypadku														
a) Leczenie ciężkiego działania niepożądanego														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Przepisane leki: nazwa produktu (INN)</th> <th style="width: 20%;">Dawka</th> <th style="width: 20%;">Czas stosowania</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Przepisane leki: nazwa produktu (INN)	Dawka	Czas stosowania									
Przepisane leki: nazwa produktu (INN)	Dawka	Czas stosowania												
b) Inne środki:														
Czas stosowania / informacje dodatkowe:														
c) Stopień ciężkości działania niepożądanego														
c-1) Niewydolność czynnościowa (w stosownych przypadkach)														
Opis:														
<input type="checkbox"/> Jeśli ma charakter tymczasowy, proszę określić czas utrzymywania się:														
<input type="checkbox"/> Dostępna ocena specjalisty		<input type="checkbox"/> Dostępne zaświadczenie lekarskie												
<input type="checkbox"/> Leczenie niewydolności czynnościowej:														
c-2) Niepełnosprawność (w stosownych przypadkach), proszę określić procent niepełnosprawności:														
Opis:														
<input type="checkbox"/> Dostępna ocena specjalisty		<input type="checkbox"/> Dostępne zaświadczenie lekarskie												
c-3) Hospitalizacja (w stosownych przypadkach):														
Czas trwania hospitalizacji:		Nazwa i adres szpitala:												
Leczenie zastosowane w trakcie hospitalizacji:														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Przepisane leki: nazwa produktu (INN)</th> <th style="width: 20%;">Dawka</th> <th style="width: 20%;">Czas stosowania</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Przepisane leki: nazwa produktu (INN)	Dawka	Czas stosowania									
Przepisane leki: nazwa produktu (INN)	Dawka	Czas stosowania												
Leczenie / środki zastosowane po zakończeniu hospitalizacji:														
c-4) Wady wrodzone (w stosownych przypadkach):														

[Wpisz tutaj]

<input type="checkbox"/> Wykryte w czasie ciąży <input type="checkbox"/> Wykryte po porodzie	<input type="checkbox"/> Dostępna ocena specjalisty								
<p>c-5) Bezpośrednie zagrożenie życia (w stosownych przypadkach): Leczenie i środki specjalne:</p>									
<p>c-6) Zgon (w stosownych przypadkach): Data: dd/mm/rrrr Rozpoznanie: <input type="checkbox"/> Dostępne zaświadczenie lekarskie</p>									
12) Badania dodatkowe									
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Jeśli tak, proszę wyszczególnić:</i>									
<input type="checkbox"/> Testy alergologiczne:									
<input type="checkbox"/> Testy skórne wykonane z użyciem podejrzanego produktu kosmetycznego:									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Badane produkty</th> <th style="width: 25%;">Zastosowane metody:</th> <th style="width: 25%;">Wyniki</th> <th style="width: 25%;">Interpretacja wyników</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Badane produkty	Zastosowane metody:	Wyniki	Interpretacja wyników				
Badane produkty	Zastosowane metody:	Wyniki	Interpretacja wyników						
<input type="checkbox"/> Testy skórne wykonane z użyciem określonych substancji (do formularza należy dołączyć komplet wyników, jeśli są dostępne)									
<input type="checkbox"/> Wyniki innych testów alergologicznych:.....									
<input type="checkbox"/> Inne badania dodatkowe (wymienić i podać wyniki):									
13) Podsumowanie sporządzone przez osobę odpowiedzialną lub dystrybutora									
<p>a) W formie opisowej</p>									
<p>b) Kolejne/kontrolne</p>									
<p>Prosimy podać numer identyfikacyjny przypadku nadany przez właściwy organ (jeśli jest dostępny):</p>									
<p>c) Ocena związku przyczynowo-skutkowego</p> <p> <input type="checkbox"/> Bardzo prawdopodobny <input type="checkbox"/> Prawdopodobny <input type="checkbox"/> Brak wyraźnego związku <input type="checkbox"/> Mało prawdopodobny <input type="checkbox"/> Wykluczony <input type="checkbox"/> Niemożliwy do oceny </p>									
<p>d) Rozpatrywanie przypadku</p> <p>Czy zgłoszono to ciężkie działanie niepożądane właściwym organom?: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo</p> <p>Jeśli tak, któremu właściwemu organowi przekazano to zgłoszenie?:</p>									
<p>e) Działania naprawcze</p> <p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Jeśli tak, proszę wyszczególnić:</i> </p>									
<p>f) Uwagi</p>									