

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA PRODUKTU KOSMETYCZNEGO

Dane produktu kosmetycznego

Nazwa produktu

Nr serii

Okres przydatności

Dane osobowe użytkownika końcowego

Imię

Nazwisko

Wiek

Wykonywany zawód (o ile jest związany ze stosowaniem tego produktu leczniczego)

.....

Adres do korespondencji.....

Adres poczty elektronicznej, numer tel.....

Opis działania niepożądanego

Data wystąpienia objawów

Czas od aplikacji kosmetyku

Miejsce aplikacji:

skóra głowy

skóra twarzy

ciało *

Opis objawów :

.....

.....

.....

Czy produkt był użyty po raz pierwszy

Czy użytkownik ma skłonności do uczuleń (wysypki)

Inne istotne informacje dotyczące stanu zdrowia użytkownika

końcowego.....

Opis postępowania po stwierdzeniu reakcji skórnej

Czy była konsultacja medyczna (data i miejsce porady).....

Czy zastosowano leczenie farmakologiczne (jeśli tak - jakie)

.....

.....

.....

Data przyjęcia zgłoszenia	
Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie	
Data przekazania zgłoszenia Rapofarm	
Podpis Rapofarm	