

FICHE DE DÉCLARATION D'EFFET(S) INDÉSIRABLE(S) SUITE À L'UTILISATION D'UN PRODUIT COSMÉTIQUE 66°30

Merci de conserver au moins 3 mois le ou les produit(s) concerné(s) par l'effet indésirable constaté.

Notificateur médecin, pharmacien, dentiste, autres* Nom : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone : _____ Fax : _____ E-mail : _____ date d'établissement de la fiche : ___ / ___ / ___	Utilisateur : Nom (3 premières lettres) : ___ / ___ / ___ Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ____ Sexe : F H T Grossesse en cours : OUI NON Profession : _____
Produit : Nom complet : _____ N° de Lot : _____ DLUO : _____ Société : DAO Marque : 66°30 Usage/fonction du produit : _____ Lieu d'achat le _____ Date d'achat à _____	Exposition particulière au produit : Usage professionnel : OUI NON Mésusage : OUI NON Localisation de l'effet indésirable : Sur la zone d'application du produit : OUI NON Réaction à distance de la zone d'application : OUI NON
Utilisation Date de 1ère utilisation du produit : ___ / ___ / ___ Rythme d'utilisation (par jour/par semaine/par mois) : _____ Date de survenue de l'effet indésirable : ___ / ___ / ___	Peau : zone(s) corporelle(s) concernée(s) : _____ ongles - cheveux - dents - yeux Muqueuses : oculaire, auriculaire, nasale, buccale, pharyngée, pulmonaire, génitale, anale
Conséquences de l'effet indésirable : Consultations pharmacien OUI NON Consultation médecin OUI NON Consultation dentiste OUI NON Gêne sociale (préciser) : OUI NON Arrêt de travail : OUI NON Intervention médicale urgente (préciser) : OUI NON Hospitalisation OUI NON Séquelles, invalidité ou incapacité OUI NON Autres (préciser) : _____	Signes d'accompagnement : Respiratoire Digestif Généraux Neurologiques Si autre chose, préciser : _____ _____ _____ _____
Description et délai de survenue de l'effet indésirable : _____ _____ _____ _____ _____	

* entourer la bonne réponse

Diagnostic porté par le médecin ou le dentiste, le cas échéant :

PARTIE À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL AYANT CONSTATÉ L'EFFET INDÉSIRABLE

Antécédents de la personne concernée par l'effet indésirable :

Allergiques (préciser) :
Confirmation par des tests (préciser) :

Pathologies cutanées (préciser) :

Pathologies autres (préciser) :

Evolution de la réaction indésirable :

Résolution spontanée à l'arrêt des applications :
Si oui, quel délai : __ / __ / __

Mise en oeuvre d'un traitement symptomatique ? :
Si oui, quel délai : __ / __ / __

Produits associés éventuels (autres produits cosmétiques, médicaments, compléments alimentaires,...) :
préciser les dénominations commerciales :

Enquête allergologique :

Tests sur le ou les produits finis concernés par la réaction indésirable :

Produit testé	Méthode(s) utilisée(s)	Délai de lecture		Résultats	Commentaires	Commentaires

Tests sur le ou les ingrédients ou allergène suspectés :

Allergènes	Méthode(s) utilisée(s)	Délai de lecture		Résultats	Commentaires	Commentaires

Tests de réintroduction :

Le produit a-t-il été appliqué à nouveau ? OUI NON
Si oui, l'événement indésirable a-t-il récidivé ? OUI NON

Conclusion :

Y a-t-il, selon vous, un lien de causalité entre l'effet indésirable et le produit cosmétique concerné ?
 OUI NON

Autres causes possibles :

Commentaires :
