

1) SEGNALATORE CHE COMPILA LA SCHEDA	
<input type="checkbox"/> Consumatore <input type="checkbox"/> Professionista sanitario, specificare la qualifica <input type="checkbox"/> Professionista che utilizza il prodotto cosmetico (specificare il tipo di attività: estetista, parrucchiere, altro)..... <input type="checkbox"/> altro (specificare, ad esempio: genitore,.....)	Diagnosi (se è stata effettuata): <input type="checkbox"/> comedogenesi <input type="checkbox"/> dermatite allergica da contatto <input type="checkbox"/> dermatite irritativa da contatto <input type="checkbox"/> dermatite orticarioide <input type="checkbox"/> eritema <input type="checkbox"/> fotodermatite <input type="checkbox"/> fotodermatite di tipo allergico <input type="checkbox"/> altro (specificare)
Contatti del segnalatore Nome e cognome Indirizzo Numero telefono o email* <small>*dato obbligatorio per poter contattare il segnalatore</small>	Sospensione del prodotto L'uso del prodotto è stato interrotto dopo l'effetto indesiderabile? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si se sì, la reazione è migliorata? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
2) UTILIZZATORE DEL PRODOTTO	
<input type="checkbox"/> Consumatore <input type="checkbox"/> Professionista che utilizza il prodotto cosmetico (specificare il tipo di attività: estetista, parrucchiere, altro)..... Iniziali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Età (al momento dell'effetto indesiderabile) Data di nascita:/...../..... Sesso: <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio Malattie allergiche <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, specificare	Riesposizione al prodotto Il prodotto cosmetico sospetto è stato usato nuovamente? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, si è ripresentato l'effetto? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì se sì con le stesse modalità <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
5) GRAVITÀ: L'EFFETTO INDESIDERABILE HA PROVOCATO COME CONSEGUENZA:	
<input type="checkbox"/> Incapacità funzionale <input type="checkbox"/> temporanea, per quanto tempo? <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/> Disabilità <input type="checkbox"/> Ospedalizzazione, per quanto tempo? <input type="checkbox"/> Anomalie congenite <input type="checkbox"/> Rischio per la vita immediato <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Accesso al pronto soccorso o alla guardia medica <input type="checkbox"/> Altro : - L'informazione riportata nella segnalazione è stata confermata da un medico? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
3) PRODOTTO COSMETICO	
Nome per esteso del prodotto cosmetico come indicato in etichetta Azienda/Persona responsabile Categoria di prodotto (ad esempio: crema corpo/crema viso/shampoo/deodorante/.....)..... Numero di lotto del prodotto cosmetico: (Il numero di lotto si deve leggere dal contenitore o dalla scatola del cosmetico) Prodotto per uso professionale? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
Utilizzo del prodotto - Data del primo impiego/...../..... - Data dell'ultimo impiego/...../..... - Frequenza d'uso: n° volte giorno/sett/mese/anno - Il prodotto era già stato utilizzato in passato? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, specificare quando Uso improprio <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, specificare se <input type="checkbox"/> per sede di applicazione <input type="checkbox"/> per tempo di applicazione	
4) DESCRIZIONE DELL'EFFETTO INDESIDERABILE GRAVE (EIG) O NON GRAVE (EI)	
DATA DI INSORGENZA:/...../..... Nazione in cui si è verificato l'effetto: Descrizione dell'effetto <input type="checkbox"/> eritema <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> desquamazione <input type="checkbox"/> papula <input type="checkbox"/> vescica/bolla <input type="checkbox"/> pustola <input type="checkbox"/> pomfo <input type="checkbox"/> crosta <input type="checkbox"/> ragade <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> rossore <input type="checkbox"/> altro specificare,..... Altra sintomatologia: Localizzazione In quale parte del corpo si è manifestato l'effetto indesiderabile grave (EIG) o non grave (EI)? <input type="checkbox"/> cute, (aree interessate): <input type="checkbox"/> cuoio capelluto <input type="checkbox"/> capelli <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> denti <input type="checkbox"/> viso <input type="checkbox"/> unghie <input type="checkbox"/> labbra <input type="checkbox"/> bocca <input type="checkbox"/> altro, specificare: <input type="checkbox"/> l'effetto si è manifestato nella zona di applicazione del prodotto <input type="checkbox"/> l'effetto NON si è manifestato nella zona di applicazione del prodotto, ma in altre zone (specificare):	6) ESITO DELL'EFFETTO INDESIDERABILE <input type="checkbox"/> Risoluzione, se si specificare dopo quanto tempo: <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Risoluzione con conseguenze (postumi) <input type="checkbox"/> E' ancora in corso - Sono stati prescritti farmaci per il trattamento dell'effetto indesiderabile? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quali e a che dosi? - Sono stati eseguiti analisi o test allergologici? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quali?
7) INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
<input type="checkbox"/> Uso concomitante di altri prodotti (farmaci, alimenti, integratori, fitoterapici, altri cosmetici etc.) Commenti: Data di compilazione/...../..... Firma: Allegati n°	