

## Chestionar

### Investigație în vederea notificării unei reacții adverse asociate cu utilizarea unui produs cosmetic

(în conformitate cu reglementarea UE 1223/2009 privind cosmeticele)

Toate informațiile sunt confidențiale și vor fi utilizate doar pentru documentare internă!

<b>Data:</b>		
<b>Nume:</b>		
<b>Adresă:</b>		
<b>Nume produs:</b>		
<b>Număr lot:</b>		
<b>Cât timp a fost utilizat produsul?</b>		
<input type="checkbox"/> 1 zi	<input type="checkbox"/> 2 sau 3 zile	<input type="checkbox"/> mai mult de 3 zile
<b>De câte ori pe zi a fost utilizat produsul?</b>		
<input type="checkbox"/> o dată pe zi	<input type="checkbox"/> de două ori pe zi	<input type="checkbox"/> mai mult de două ori pe zi
<b>Produsul a fost utilizat conform instrucțiunilor de aplicare?</b>		
<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu		
<b>Când a apărut pentru prima dată reacția cutanată?</b>		
<b>Data:</b>		
<b>Ce perioadă de timp s-a scurs între aplicarea produsului și momentul apariției simptomelor?</b>		
<input type="checkbox"/> ___ ore <input type="checkbox"/> ___zile		
<b>Simptomele au apărut pe zona pe care a fost utilizat produsul?</b>		
<input type="checkbox"/> pe zona pe care a fost utilizat produsul:	Descriere detaliată:	
<input type="checkbox"/> în afara zonei pe care a fost utilizat produsul:	Descriere detaliată:	
<b>Cât de repede au început să se diminueze simptomele?</b>		
<input type="checkbox"/> imediat	<input type="checkbox"/> după câteva ore <input type="checkbox"/> după câteva zile <input type="checkbox"/> încă persistă (data: _____ ora: _____)	
<b>Diminuarea simptomelor a survenit cu sau fără tratament?</b>		
<input type="checkbox"/> fără niciun tratament	<input type="checkbox"/> a fost necesar un tratament specific	
<b>Ați utilizat vreun alt produs cosmetic în același timp?</b>		
<input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, detaliați:		
<b>Locul apariției simptomelor:</b>		
<input type="checkbox"/> față <input type="checkbox"/> mâini <input type="checkbox"/> picioare	<input type="checkbox"/> corp	<input type="checkbox"/> scalp/păr
<b>Tipul de simptome clinice:</b>		
<input type="checkbox"/> Bășici <input type="checkbox"/> Papule <input type="checkbox"/> Mătreață <input type="checkbox"/> Coșuri <input type="checkbox"/> Comedoane <input type="checkbox"/> Umflare (edem) <input type="checkbox"/> Crăpături ale pielii <input type="checkbox"/> Apariția de pete pigmentare		

- Pete albe
- Decolorare tegumentară
- Îngrășarea tenului
- Uscarea pielii
- Iritația pielii
- Senzația de înțepătură sau taietură a pielii
- Prurit (senzația de mâncărime)
- Senzația de arsură a pielii
- Eritem (înroșire a pielii)
- Senzația de val de căldură
- Senzația de încălzire locală
- Senzația de piele care strânge
- Arsură solară
- Buze crăpate
- Căderea părului
- Edemațierea rapidă a pielii și / sau a mucoaselor (e.g. edem Quincke)
- Reacții alergice ale pielii
- Eczemă
- Lichen plan
- Umezirea ochilor
- Conjunctivită
- Dureri de cap
- Astm
- Respirație dificilă
- Nevoia de a tuși
- Alte simptome (vă rugăm detaliați):

.....

.....

.....

.....

**Ați consultat un medic (dermatolog) cu privire la această problemă?**

da  nu

**Ați efectuat anterior un test alergologic (test cutanat sau patch test)?**

da  nu

**Cunoașteți să aveți alergii la, de exemplu, medicamente, ingrediente ale produselor cosmetice sau la alte substanțe?**

da  nu

Dacă da, la ce:

**Numele și adresa medicului dvs (dermatolog):**

Vă mulțumim foarte mult pentru ajutor.

**Departamentul Quality Assurance Sebapharma  
- Cosmetovigilență -**