

COSMETOVIGILANCIA

Formulario para el reporte de un producto cosmético

Fecha:/...../..... (día/mes/año)	FORMULARIO N° (a completar por DVS)
La información contenida en este documento es estrictamente confidencial.	
<p>Por favor complete cada campo del formulario a fin de que el mismo describa de la mejor manera la situación que Ud. Informa. Dicha información nos permitirá realizar una mejor investigación / evaluación del caso. Seleccione con una cruz en aquellos ítems así requeridos y/o escriba ampliando la información reportada.</p>	
<p>1 Comunicador: (marcar opción)</p> <p> <input type="checkbox"/> Usuario <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Organismo <input type="checkbox"/> Otro (precisar): </p> <p>1.1 En caso de que el comunicador no sea el usuario, completar los siguientes datos:</p> <p>Nombre:..... Dirección:..... Localidad / Provincia: Telefono de contacto: E-mail de contacto:.....</p>	<p>2. Usuario:</p> <p>Nombres y Apellido: Dirección:..... Localidad / Provincia: Telefono de contacto: E-mail de contacto:..... Edad: Embarazo en curso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene antecedentes de reacciones alérgicas o hipersensibilidad a sustancias, fragancias, medicamentos, cosméticos, alimentos, confirmados médicamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuales? Presenta algún tipo de patologías cutáneas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuáles? Otra patología: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál?</p>
<p>3. Producto:</p> <p>Nombre: Marca:..... Lote: Vto:</p> <p>N° de Legajo del establecimiento elaborador y/o importador (según consta en rótulo):</p> <p>Posee ticket de compra? (Adjuntar copia) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lugar de compra: (detallar)</p> <p>3.1 Entrega muestra? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO La muestra está abierta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>5. Utilización del producto:</p> <p>Fecha aproximada de 1ª aplicación: / /</p> <p>Durante cuánto tiempo fue utilizada?</p> <p>Usa frecuentemente este producto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Frecuencia de uso: (por hora/ diaria/semanal/mensual)</p> <p>Sitio de aplicación del producto: (marque las opciones que correspondan)</p> <p> <input type="checkbox"/> cabello <input type="checkbox"/> uñas <input type="checkbox"/> dientes <input type="checkbox"/> área ocular <input type="checkbox"/> manos <input type="checkbox"/> brazos <input type="checkbox"/> piernas <input type="checkbox"/> pies <input type="checkbox"/> espalda <input type="checkbox"/> torso <input type="checkbox"/> axilas <input type="checkbox"/> cara <input type="checkbox"/> labios <input type="checkbox"/> otra parte del cuerpo: </p> <p>5.1 Utilizó otros productos cosméticos sobre la zona de aplicación mencionada y/o ingirió medicamentos, al mismo tiempo que usó el producto reportado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuáles?.....</p> <p>5.2 En caso de que el producto reportado sea: crema/emulsión para rostro y/o cuerpo, exfoliantes/ peelings faciales o corporales, depilatorios, colonias/ lociones/ perfumes. ¿Hubo exposición al sol durante el uso del mismo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4. Motivo del reporte</p> <p><input type="checkbox"/> Duda de la legitimidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Sospecha de presencia de ingredientes químicos no permitidos. Cuales? </p> <p><input type="checkbox"/> Se observan características físicas diferentes a las habituales (Apariencia, olor, color, diseño y forma del envase).Cuales? </p> <p><input type="checkbox"/> Se observan desvíos de calidad del producto (contenido, envase, tipo de cierre, etc) Cuales?.....</p> <p><input type="checkbox"/> Se observan efectos adversos por el uso del producto. Detallar en ítem 6.</p>	

COSMETOVIGILANCIA

Formulario para el reporte de un producto cosmético

<p>6. Efectos adversos por el uso del producto:</p> <p>Fecha de aparición:/...../..... Fecha desaparición:/...../.....</p> <p>Tipo de reacción indeseada:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ardor</td> <td><input type="checkbox"/> picazón</td> <td><input type="checkbox"/> ampollas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> enrojecimiento</td> <td><input type="checkbox"/> hinchazón</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sequedad</td> <td><input type="checkbox"/> pústulas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> descamación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> caída pelo</td> <td><input type="checkbox"/> caspa</td> <td><input type="checkbox"/> decoloración</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> otra (detallar):</td> </tr> </table> <p>..... </p> <p>6.1 Localización del efecto adverso: Sobre la zona de aplicación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En otra zona del cuerpo? Detallar:</p> <p>..... </p>	<input type="checkbox"/> ardor	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> ampollas	<input type="checkbox"/> enrojecimiento	<input type="checkbox"/> hinchazón		<input type="checkbox"/> sequedad	<input type="checkbox"/> pústulas		<input type="checkbox"/> descamación			<input type="checkbox"/> caída pelo	<input type="checkbox"/> caspa	<input type="checkbox"/> decoloración	<input type="checkbox"/> otra (detallar):			<p>7. Consecuencias del efecto adverso:</p> <p><input type="checkbox"/> Intervención médica de urgencia. <input type="checkbox"/> Hospitalización. <input type="checkbox"/> consulta médica /dentista. <input type="checkbox"/> consulta farmacéutica. <input type="checkbox"/> Secuelas/ invalidez /incapacidad. <input type="checkbox"/> otros (precisar)</p> <p>.....</p> <p>7.1 Diagnóstico médico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Aporta copia del certificado médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Recibió medicación?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Realizó el tratamiento prescripto por el médico?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7.2 Evolución de la reacción adversa: Desapareció o disminuyó el efecto al dejar de aplicar el producto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desapareció o disminuyó luego de la medicación prescripta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<input type="checkbox"/> ardor	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> ampollas																	
<input type="checkbox"/> enrojecimiento	<input type="checkbox"/> hinchazón																		
<input type="checkbox"/> sequedad	<input type="checkbox"/> pústulas																		
<input type="checkbox"/> descamación																			
<input type="checkbox"/> caída pelo	<input type="checkbox"/> caspa	<input type="checkbox"/> decoloración																	
<input type="checkbox"/> otra (detallar):																			
<p>8. Información adicional que considere de importancia:</p> <p>..... </p>																			
<p>.....</p> <p>Firma del comunicador</p>	<p>.....</p> <p>Firma y aclaración del receptor formulario</p>																		