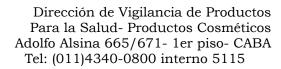




COSMETOVIGILANCIA Formulario para el reporte de un producto cosmético

Fecha:/ (día/mes/año)	FORMULARIO N° (a completar por DVS)
La información contenida en este documento es estrictamente confidencial.	
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.	
1 Comunicador: (marcar opción) Usuario Familiar Médico Farmacéutico Organismo Otro (precisar): 1.1 En caso de que el comunicador no sea el usuario, completar los siguientes datos: Nombre: Dirección: Localidad / Provincia: Telefono de contacto: E-mail de contacto:	2. Usuario: Nombres y Apellido: Dirección: Localidad / Provincia: Telefono de contacto: E-mail de contacto: Edad: Embarazo en curso: SI NO Tiene antecedentes de reacciones alérgicas o hipersensibilidad a sustancias, fragancias, medicamentos, cosméticos, alimentos, confirmados médicamente? SI NO ¿Cuales? Presenta algún tipo de patologías cutáneas: SI NO ¿Cuáles?
3. Producto: Nombre: Marca: Lote: N° de Legajo del establecimiento elaborador y/o importador (según consta en rótulo): Posee ticket de compra? (Adjuntar copia) Lugar de compra: (detallar) 3.1 Entrega muestra? SI NO La muestra está abierta? SI NO 4. Motivo del reporte Duda de la legitimidad SI NO Sospecha de presencia de ingredientes químicos no permitidos. Cuales? Se observan características físicas diferentes a las habituales (Apariencia, olor, color, diseño y forma del envase). Cuales? Se observan desvíos de calidad del producto (contenido, envase, tipo de cierre, etc) Cuales? Se observan efectos adversos por el uso del producto. Detallar en ítem 6.	5. Utilización del producto: Fecha aproximada de 1ª aplicación:/





COSMETOVIGILANCIA Formulario para el reporte de un producto cosmético

6. Efectos adversos por el uso del producto:	7. Consecuencias del efecto adverso:	
_ , , , , , , ,	Intervención médica de urgencia.	
Fecha de aparición://	Hospitalización.	
Fecha desaparición:/	consulta médica /dentista.	
	consulta farmacéutica.	
Tipo de reacción indeseada:	Secuelas/ invalidez /incapacidad.	
ardor picazón ampollas	otros (precisar)	
enrojecimiento hinchazón		
sequedad pústulas		
descamación		
caída pelo caspa decoloración	7.1 Diagnóstico médico:	
otra (detallar):		
	Aporta copia del certificado médico?	
	Recibió medicación?:	
6.1 Localización del efecto adverso:	Realizó el tratamiento prescripto por el médico?:	
Sobre la zona de aplicación: SI NO	SI NO	
En otra zona del cuerpo? Detallar:		
·	7.2 Evolución de la reacción adversa:	
	Desapareció o disminuyó el efecto al dejar de aplicar el	
	producto? SI NO	
	Desapareció o disminuyó luego de la medicación prescripta?	
	SI NO	
8. Información adicional que considere de importancia:		
1		
Firma del comunicador Firma y aclaración del receptor formulario		