

Fecha:

1. Favor indicar persona responsable de notificar la Reacción Adversa al Cosmético

- Mismo afectado Familiar Médico Qco. Farmacéutico Enfermera
 Visitador médico Amigo Otro, cuál

2. Datos Personales y demográficos de la persona afectada por la Reacción Adversa al Cosmético

Nombre o iniciales:

Edad:

Sexo: Mujer Hombre

Nacionalidad:

Región donde habita:

Pertenece a alguna etnia o pueblo originario (sólo si lo desea puede indicar aquí):

3. Información de salud de la persona afectada por la Reacción Adversa al Cosmético

3.1 Usted presenta algún problema de salud importante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Podría indicar cuál(es):
3.2 Si la respuesta anterior fue afirmativa (si), ¿Usted se encuentra con algún tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Podría indicar cuál(es):
3.3 ¿Usted está embarazada o con periodo de lactancia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3.4 ¿Usted es alérgico a medicamentos o algún otro producto en particular? <input type="checkbox"/> Si, <i>podría indicarnos a qué</i> <input type="checkbox"/> No	
3.5 ¿Es la primera vez que presenta una reacción adversa a un producto cosmético? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO , podría indicarnos hace cuánto tiempo atrás y con qué producto presentó una reacción no deseada	

4. Datos del producto cosmético notificado (Incluya el máximo de datos disponibles en el rótulo o etiqueta del producto):

Nombre del producto:

Marca del producto:

Fabricante o importador:

Nº registro ISP:

Nº de serie o lote :

Lugar de compra:

5. Datos de uso del producto cosmético que ocasionó la Reacción Adversa

5.1 Favor señalar el lugar donde Usted se aplicó el producto (marque todas las opciones que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Cuero cabelludo	<input type="checkbox"/> Boca	<input type="checkbox"/> Uñas	<input type="checkbox"/> Genitales Externos
<input type="checkbox"/> Cabello	<input type="checkbox"/> Labios	<input type="checkbox"/> Pies	<input type="checkbox"/> Párpados
<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/> Pestañas	<input type="checkbox"/> Brazos	<input type="checkbox"/> Otra parte del cuerpo, cuál
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Piernas	
5.2 Podría indicar brevemente para que usaba el producto (por ejemplo, maquillarse, protector solar. Si fue indicación médica o uso personal)			
5.3 Favor indicar la frecuencia de aplicación del producto: (marcar una opción) Nº veces al <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año			
5.4 Podría indicar cuanto tiempo de exposición usted tenía con el producto <input type="checkbox"/> menos de 1 hora <input type="checkbox"/> entre 1 a 7 horas <input type="checkbox"/> más de 7 horas			

6. Información respecto de la Reacción Adversa al Cosmético presentada

6.1 Describa brevemente e informando lo más importante, en orden cronológico en lo posible, la descripción de los síntomas presentados

6.2 De los síntomas descritos, favor seleccionar aquellos que se produjeron tras usar el producto cosmético

<input type="checkbox"/> Irritación	<input type="checkbox"/> Inflamación	<input type="checkbox"/> Picazón o prurito	<input type="checkbox"/> Otro, cual
<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Descamación	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	
<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Fisura	<input type="checkbox"/> Acné cosmético	
<input type="checkbox"/> Conjuntivitis	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Formación de ampollas y/o costras	

6.3 Podría indicar el tiempo transcurrido aproximado desde que usó el producto hasta que aparecieron los síntomas descritos

Inmediatamente Menos de 24hrs. Más de 24 y menos de 72 hrs. Más de 72 hrs.

Si recuerda la fecha exacta de aparición de los síntomas, incluir aquí

6.4 Con respecto a la localización del efecto presentado, Usted presentó los síntomas (favor señalar la opción que corresponda)

<input type="checkbox"/> Solo en el lugar donde se aplicó (uso) el producto	<input type="checkbox"/> También presentó síntomas en otros lugares del cuerpo donde no se aplicó el producto
<i>Favor señalar en qué otros lugares presentaron efectos adversos a este cosmético</i>	

7. Información respecto a la recuperación de la Reacción Adversa al Cosmético y las medidas tomadas

7.1 Posterior a la aparición de los síntomas, ¿Suspendió el uso del producto?

Sí No

7.2 Si la respuesta anterior es afirmativa (Si). ¿Desaparecieron o disminuyeron los síntomas?

Sí No

7.3 Después de haber suspendido el producto. La recuperación fue

Inmediata (horas, días) lenta (semana a meses)

7.4 Después de su recuperación, Usted, volvió a usar el mismo producto

Sí No No estoy recuperada(o) aún

7.5 Favor indicar la duración de los síntomas presentados, hasta su completa recuperación

(cuanto tiempo demoró en recuperarse)

Minutos Horas Días Meses

7.6 Favor señalar si Ud. requirió algún tipo de asistencia médica:

No fue necesario Consulta médica urgencia Hospitalización
 Otra, Cuál

7.7 En el caso de haber requerido asistencia médica. ¿Podría indicar el diagnóstico médico?

7.8 ¿Fue necesario seguir un tratamiento médico para ayudar a su recuperación?

Sí No

De ser la respuesta afirmativa, podría indicarnos, cuál fue

8. Adjuntar fotografía del producto si lo considera necesario.....

Si desea ser contactado por nosotros: Por favor déjenos su número de contacto y correo electrónico, nos comunicaremos con Ud. A la brevedad

Celular / teléfono

E-mail