

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA KOSMETYKU

Dane klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres *

Telefon *

Dane produktu

Nazwa produktu *

Nr serii *

Okres przydatności *

Opis niepożądanego działania

Data wystąpienia objawów *

Czas od aplikacji kosmetyku *

Miejsce aplikacji:

skóra głowy *

skóra twarzy *

ciało *

Opis objawów *:

.....

.....

.....

Czy produkt był użyty po raz pierwszy *

Czy klient ma skłonności do uczuleń (wysypki) *

Opis postępowania po stwierdzeniu reakcji skórnej

Czy była konsultacja medyczna (data i miejsce
porady)*

Czy zastosowano leczenie farmakologiczne

*

.....

Podpis klienta

* pola wymagane