

Formularz zgłoszenia niepożądanego działania kosmetyku

Poniższy formularz przeznaczony jest dla osób, które zaobserwowały niepokojące objawy po zastosowaniu produktów kosmetycznych MARONA COSMETICS Tadeusz Marona

Dane osoby zgłaszającej

Imię*

Nazwisko*

Telefon* i/lub e-mail

Dane produktu

Nazwa produktu*

Nr serii*

Okres przydatności*

Dane Klienta

Inicjały*

Płeć*

Wiek (bądź określenia grupy wiekowej: dorosły, osoba w wieku podeszłym; dziecko;

dzieci do trzeciego roku życia podaje się wiek w miesiącach)*

.....

Czy klient ma skłonności do

uczuleń*

Opis wywołanego działania niepożądanego

Data rozpoczęcia stosowania kosmetyku

Data zakończenia stosowania

Data wystąpienia objawów*

Czy produkt był użyty po raz pierwszy*

Miejsce aplikacji*:

■ ciało

■ inne

Opis objawów

*

.....

.....

.

Postępowanie po przypuszczalnej reakcji na kosmetyk

Czy zakończono stosowanie kosmetyku (data)*

Czy była konsultacja medyczna (data i miejsce porady)*

Czy zastosowano leczenie farmakologiczne*

* pola wymagane

.....
Data, podpis Klienta