

8) Evolution de l'EIG/des EIG

- Guérison *Le cas échéant, spécifier le délai nécessaire à la guérison:*
- Amélioration en cours Effets ultérieurs (séquelles) Persistance de l'effet/des effets
- Donnée non connue
- Autres:

9) Autres situations à prendre en compte

- Oui Non Donnée non connue Si oui, spécifier:
- Traitement(s) à prendre en compte:
- Utilisation concomitante d'autres produits (médicaments, compléments alimentaires, etc.):

10) Données médicales pertinentes/anamnèse

- Allergies (à spécifier): *Préciser la nature et les résultats d'éventuels tests antérieurs:*
- Maladies de peau (à spécifier):
- Autre(s) maladie(s) à prendre en compte:
- Spécificités cutanées, y compris le phototype:
- Autres (*par exemple, conditions climatiques ou exposition particulières*):

11) Gestion du cas

a) Traitement(s) de l'EIG

Médicament prescrit: nom du produit (DCI)	Dose	Durée

b) Autre(s) mesure(s)

Durée/détails complémentaires:

c) Gravité de l'effet indésirable

c-1) Incapacité fonctionnelle (le cas échéant)

Description:

- Préciser la durée d'une éventuelle incapacité temporaire: Certificat médical disponible
- Évaluation d'un expert disponible
- Traitement correcteur de l'incapacité fonctionnelle:

c-2) Handicap (le cas échéant), préciser le %:

Description:

- Évaluation d'un expert disponible Certificat médical disponible

c-3) Hospitalisation (le cas échéant)

Durée de l'hospitalisation: Nom et adresse de l'établissement hospitalier:

Traitement correcteur dispensé durant l'hospitalisation:

Médicament prescrit: Nom du produit (DCI)	Dose	Durée

Traitement suivi ou mesure prise après l'hospitalisation:

c-4) Anomalies congénitales (le cas échéant)

- Détectées durant la grossesse Évaluation d'un expert disponible

Détectées après l'accouchement

c-5) Risque vital immédiat (*le cas échéant*)

Traitement et mesures spécifiques:

c-6) Décès (*le cas échéant*):

Date: jj/mm/aaaa

Diagnostic:

Certificat médical disponible

12) Examens complémentaires

Oui Non Si oui, spécifier:

Tests d'allergie

Test(s) cutané(s) réalisé(s) par rapport au(x) produit(s) cosmétique(s) suspect(s)

Produit(s) testé(s)	Méthode(s) utilisée(s)	Zone de test	Résultats

Test(s) cutané(s) réalisé(s) par rapport aux substances (*le cas échéant, joindre au formulaire les résultats complets*)

Autres résultats de tests d'allergie

Autre(s) examen(s) supplémentaire(s) (*préciser, en incluant les résultats*):

13) Résumé de la personne responsable ou du distributeur

a) Exposé des faits

b) Suivi

Spécifier le numéro d'identification du cas donné par l'autorité compétente (le cas échéant):

c)  valuation de l'imputabilité

Très vraisemblable Vraisemblable Possible Douteuse Exclue In valuable

d) Gestion

Cet EIG a-t-il déjà été notifié à une autorité compétente? Oui Non Donnée non connue

Si oui, spécifier quelle était cette autorité compétente:

e) Actions correctrices

Oui Non Si oui, spécifier:

f) Observations