

8) Resultaat van de EOB('s)

- ☐ Hersteld *Indien hersteld, gelieve de hersteltijd aan te geven:*
- ☐ Verbetering ☐ Restverschijnselen (*sequelae*) ☐ Aanhoudend ☐ Onbekend
- ☐ Overige:

9) Relevante onderliggende aandoeningen

- ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend *Zo ja, gelieve toe te lichten:*
- ☐ Desbetreffende behandeling(en):
- ☐ Aanvullend gelijktijdig gebruik van andere producten (geneesmiddelen, voedingssupplementen, ...):

10) Relevante medische informatie / geschiedenis

- ☐ Allergieën (*specificeren*): *Indien er voordien tests zijn uitgevoerd, gelieve het soort en de resultaten te vermelden:*
- ☐ Huidaandoeningen (*specificeren*):
- ☐ Andere relevante onderliggende ziekte(n):
- ☐ Specifieke huidkenmerken, met inbegrip van het fototype:
- ☐ Andere (*voorbeeld: specifieke klimaatomstandigheden of specifieke blootstelling*):

11) Aanpak van het geval**a) Behandeling(en) van de EOB**

Voorgeschreven geneesmiddelen: naam van product (INN)	Dosis	Duur

b) Andere maatregelen:

Duur / aanvullende details:

c) Ernst van de ongewenste bijwerking**c-1) Functionele ongeschiktheid (*indien van toepassing*)**

Beschrijving:

- ☐ Indien tijdelijk, de duur vermelden:
- ☐ Evaluatie door deskundige beschikbaar ☐ Medisch certificaat beschikbaar
- ☐ Corrigerende behandeling van de functionele ongeschiktheid

c-2) Invaliditeit (*indien van toepassing*), specificeer het percentage:

Beschrijving:

- ☐ Evaluatie door deskundige beschikbaar ☐ Medisch certificaat beschikbaar

c-3) Ziekenhuisopname (*indien van toepassing*):

Duur van de ziekenhuisopname: Naam en adres van het ziekenhuis:

Corrigerende behandeling tijdens de ziekenhuisopname:

Voorgeschreven geneesmiddelen: naam van product (INN)	Dosis	Duur

Behandeling/maatregel na de ziekenhuisopname:

c-4) Aangeboren afwijkingen (*indien van toepassing*) :

- ☐ Ontdekt tijdens zwangerschap ☐ Evaluatie door deskundige beschikbaar
- ☐ Ontdekt na de geboorte

c-5) Acuut levensgevaar (indien van toepassing):

Behandeling en specifieke maatregelen:

c-6) Overlijden (indien van toepassing):

Datum: dd/mm/jjjj

Diagnose:

☐ Medisch certificaat beschikbaar**12) Aanvullende onderzoeken**☐ Ja ☐ Nee Zo ja, gelieve toe te lichten:☐ Allergietest:☐ Uitgevoerde huidtest(en) met het/de verdachte cosmetische product(en):

Getest(e) product(en)	Gebruikte methode(n)	Lokalisatie	Resultaten

☐ Huidtest(en) uitgevoerd met de stoffen (indien beschikbaar, gelieve de volledige resultaten aan dit formulier te bevestigen)☐ Andere resultaten van de allergietesten:

.....

☐ Andere aanvullende onderzoek(en) (specificeren, met inbegrip van resultaten):**13) Samenvatting door de verantwoordelijke persoon of de distributeur****a) Beschrijving****b) Follow-up****Specificeer het door de bevoegde instantie toegekende identificatienummer van het geval (indien beschikbaar):****c) Causaliteitsbeoordeling**
☐ Zeer waarschijnlijk ☐ Waarschijnlijk ☐ Niet duidelijk toe te schrijven ☐ Onwaarschijnlijk
☐ Uitgesloten ☐ Niet te beoordelen
d) Beheer
 Is deze EOB al bij een bevoegde instantie ingediend? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
 Zo ja, bij welke bevoegde instantie is deze gemeld? :
e) Corrigerende maatregelen☐ Ja ☐ Nee Zo ja, gelieve toe te lichten:

f) Opmerkingen