

8) Evolução do(s) EIG Recuperação*Em caso de recuperação, especificar quanto tempo levou a**recuperar:* Melhoria Efeitos posteriores (sequelas) Persistência dos efeitos Desconhecida Outros:**9) Condições subjacentes relevantes** Sim Não Desconhecidas *Se sim, especificar:* Tratamento(s) relevante(s): Utilização concomitante de outros produtos (fármacos, suplementos alimentares...):**10) Informações médicas relevantes/Anamnese** Alergias, especificar: *Caso tenham sido previamente realizados testes, especificar o tipo e os resultados:* Doenças cutâneas, especificar: Outra(s) doença(s) subjacente(s) relevante(s): Especificidades cutâneas, incluindo fotótipo: Outras (*exemplo: condições climáticas específicas ou exposição específica*):**11) Gestão do caso****a) Tratamento(s) dos EIG**

Fármacos prescritos: nome do produto (DCI)	Dose	Duração

b) Outra(s) medida(s):

Duração/dados complementares:

c) Gravidade do efeito indesejável**c-1) Incapacidade funcional** (*se aplicável*)

Descrição:

 Se temporária, especificar a duração: Avaliação de perito disponível Declaração médica disponível Tratamento corretivo da incapacidade funcional:**c-2) Invalidez** (*se aplicável*), especificar a %:

Descrição:

 Avaliação de perito disponível Declaração médica disponível**c-3) Hospitalização** (*se aplicável*):

Duração da hospitalização:

Nome e morada do hospital:

Tratamento recebido durante a hospitalização:

Fármacos prescritos: nome do produto (DCI)	Dose	Duração

Tratamento prescrito ou medidas adotadas após hospitalização:

c-4) Anomalias congénitas (*se aplicável*): Detetadas durante a gravidez Avaliação de perito disponível Detetadas após o parto

c-5) Risco vital imediato (se aplicável):

Tratamento e medidas específicas:

c-6) Morte (se aplicável):

Data: dd/mm/aaaa

Diagnóstico:

Declaração médica disponível

12) Investigação complementar

Sim Não Se sim, especificar :

Testes de alergias:

Resultados de Testes cutâneos realizados com os produtos cosméticos suspeitos:

Produtos testados	Métodos utilizados	Zona de teste (área do corpo)	Resultados

Testes cutâneos realizados com as substâncias (se disponíveis, anexar os resultados completos a este formulário)

Outros resultados de testes de alergias:

.....

Investigação adicional (especificar, incluindo os resultados):

13) Resumo da pessoa responsável ou do distribuidor

a) Exposição do caso (Narrativa)

b) Seguimento do caso

Indicar o número de identificação do caso atribuído pela autoridade competente (se disponível):

c) Avaliação da causalidade

Muito provável Provável Não claramente atribuível Improvável Excluída Impossível de avaliar

d) Gestão

Este EIG já foi apresentado a uma autoridade competente?: Sim Não Não sabe

Se sim, a que autoridade competente foi notificado? :

e) Medidas corretivas

Sim Não Se sim, especificar :

f) Observações