



Drugo:

**9) Pomembne zdravstvene težave**

Da  Ne  Neznano Če da, navedite:

Pomembna zdravljenja:

Dodatna sočasna uporaba drugih proizvodov (zdravil, prehranskih dopolnil,...):

**10) Pomembne zdravstvene informacije/podatki o predhodnem zdravljenju**

Alergijske bolezni, navedite: Če so bili predhodno opravljeni testi, navedite vrsto in rezultate:

Kožne bolezni, navedite:

Druge pomembne predhodne bolezni:

Značilnosti kože, vključno s fototipom:

Drugo (primer: posebni klimatski pogoji ali posebna izpostavljenost):

**11) Upravljanje s primerom**

**a) Zdravljenje resnega neželenega učinka**

Predpisano zdravilo: Ime proizvoda (INN)	Odmerek	Trajanje

**b) Drugi ukrepi:**

Trajanje/dodatni podatki:

**c) Resnost neželenega učinka**

**c-1) Funkcionalna nezmožnost (če je primerno)**

Opis:

Če je začasna, navedite trajanje:

Strokovna ocena je na voljo

Zdravniško spričevalo je na voljo

Zdravljenje funkcionalne nezmožnosti:

**c-2) Invalidnost (če je primerno), navedite v %:**

Opis:

Strokovna ocena je na voljo  Zdravniško spričevalo je na voljo

**c-3) Hospitalizacija (če je primerno):**

Trajanje hospitalizacije: Ime in naslov bolnišnice:

Zdravljenje med hospitalizacijo:

Predpisano zdravilo: Ime proizvoda (INN)	Odmerek	Trajanje

Zdravljenje/sprejeti ukrepi po hospitalizaciji:

**c-4) Prirojene nepravilnosti (če je primerno) :**

Opažene med nosečnostjo

Strokovna ocena je na voljo

Opažene po porodu

**c-5) Neposredno bistveno tveganje (če je primerno):**

Zdravljenje in posebni ukrepi:

**c-6) Smrt (če je primerno):**

Datum: dd/mm/llll

Diagnoza:

Zdravniško spričevalo je na voljo

**12) Dodatne preiskave**

Da       Ne      Če da, navedite:

**Testiranje za alergije:**

Kožni testi, opravljeni s sumljivimi kozmetičnimi izdelki:

Testirani izdelki	Uporabljene metode	Odčitanje dne	Rezultati

Kožni testi, opravljeni s snovmi (če so na voljo popolni rezultatu, jih priložite temu obrazcu)

Drugi rezultati testov za alergije: .....

Druge dodatne preiskave (navedite, vključno z rezultati):

**13 ) Povzetek odgovorne osebe ali distributerja****a) Opis****b) Spremljanje**

**Navedite identifikacijsko številko primera pri pristojnem organu (če je na voljo):**

**c) Ocena vzročnosti**

Zelo verjetno     Verjetno     Ni jasno določljivo     Ni verjetno     Izključeno     Ni mogoče oceniti

**d) Upravljanje**

Je bil resni neželeni učinek že sporočen pristojnemu organu?:     Da     Ne     Neznano

Če da, kateremu pristojnemu organu je bil sporočen? :

**e) Popravni ukrepi**

Da       Ne      Če da, navesti :

**f) Komentarji**