

- Tillfrisknat Om tillfrisknat, ange hur lång tid det tog:
- Förbättring Kvarstående men Pågående Vet ej
- Övrigt:

9. Andra relevanta förhållanden

- Ja Nej Vet ej *Om ja, ange vilka:*
- Behandling(ar):
- Samtidig användning av andra produkter (läkemedel, kosttillskott m.m.):

10. Relevant medicinsk information/sjukdomshistoria

- Allergier, ange vilka: Om tester har gjorts, ange typ och resultat:
- Hudsjukdomar, ange vilka:
- Andra relevanta sjukdomar:
- Hudegenskaper, inkl. fototyp:
- Annat (*t.ex.: särskilda klimatförhållanden eller särskild exponering*):

11. Fallhantering

a) Behandling(ar)

Läkemedelsförskrivning: Produktnamn (INN)	Dosering	Varaktighet

b) Andra åtgärder:

Varaktighet/kompletterande upplysningar:

c) Den oönskade effektens allvarlighetsgrad

c-1) Funktionsnedsättning (*i förekommande fall*)

Beskrivning:

- Om tillfällig, ange varaktighet:
- Expertutlåtande finns Läkarintyg finns
- Korrigering av behandling av funktionsnedsättningen:

c-2) Funktionshinder (*i förekommande fall*), ange %:

Beskrivning:

- Expertutlåtande finns Läkarintyg finns

c-3) Sjukhusinläggning (*i förekommande fall*):

Varaktighet: Sjukhusets namn och adress:

Korrigerande behandling under sjukhusinläggningen:

Läkemedelsförskrivning: Produktnamn (INN)	Dosering	Varaktighet

Behandling/åtgärd efter sjukhusinläggning:

c-4) Missbildning (*i förekommande fall*):

- Upptäckt under graviditeten Expertutlåtande finns
- Upptäckt efter födseln

c-5) Allvarlig omedelbar risk (*i förekommande fall*):

Behandling och särskilda åtgärder:

c-6) Dödsfall (i förekommande fall):

Datum: dd/mm/åååå

Diagnos:

Läkarintyg finns

12. Kompletterande undersökningar

Ja Nej Om ja, ange vilka:

Allergitestning:

Hudtest med den eller de misstänkta kosmetiska produkterna:

Testade produkter	Använda metoder	Avläsning	Resultat

Hudtest med ämnena (bifoga fullständiga resultat, om sådana finns)

Andra resultat från allergitestning:

Andra undersökningar (ange vilka, inkl. resultat):

13. Ansvarig persons eller distributörens sammanfattning

a) Berättelse

b) Uppföljning

Ange den behöriga myndighetens fallnummer (om tillgängligt)

c) Bedömning av orsakssamband

Mycket troligt Troligt Oklart Ej troligt Uteslutet Ej bedömbart

d) Hantering

Har den allvarliga oönskade händelsen rapporterats till en behörig myndighet? Ja Nej Okänt

Om ja, vilken behörig myndighet? :

e) Korrigerande åtgärder

Ja Nej Om ja, ange vilka:

f) Kommentarer

