

## COSMETOVIGILANCIA

### Formulario para el reporte de un producto cosmético

<b>Fecha:</b> ...../...../..... (día/mes/año)	<b>FORMULARIO N°</b> ..... (a completar por DVS)
<b>La información contenida en este documento es estrictamente confidencial.</b>	
<p>Por favor complete cada campo del formulario a fin de que el mismo describa de la mejor manera la situación que Ud. Informa. Dicha información nos permitirá realizar una mejor investigación/evaluación del caso. Seleccione con una cruz en aquellos ítems así requeridos y/o escriba ampliando la información reportada.</p>	
<p><b>1 Comunicador:</b> <i>(marcar opción)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Usuario    <input type="checkbox"/> Familiar    <input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Farmacéutico    <input type="checkbox"/> Organismo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (precisar): .....</p> <p>.....</p> <p><b>1.1</b> En caso de que el comunicador no sea el usuario, completar los siguientes datos:</p> <p>Nombre:.....</p> <p>Dirección:.....</p> <p>Localidad / Provincia: .....</p> <p>Telefono de contacto: .....</p> <p>E-mail de contacto:.....</p>	<p><b>2. Usuario:</b></p> <p>Nombres y Apellido: .....</p> <p>Dirección:.....</p> <p>Localidad / Provincia: .....</p> <p>Telefono de contacto: .....</p> <p>E-mail de contacto:.....</p> <p>Edad: .....</p> <p>Embarazo en curso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tiene antecedentes de reacciones alérgicas o hipersensibilidad a sustancias, fragancias, medicamentos, cosméticos, alimentos, confirmados médicamente? <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuales? .....</p> <p>.....</p> <p>Presenta algún tipo de patologías cutáneas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Cuáles? .....</p> <p>Otra patología: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? .....</p> <p>.....</p>
<p><b>3. Producto:</b></p> <p>Nombre: .....</p> <p>.....</p> <p>Marca:.....</p> <p>Lote: ..... Vto: .....</p> <p>N° de Legajo del establecimiento elaborador y/o importador (según consta en rótulo): .....</p> <p>Posee ticket de compra? (Adjuntar copia)    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Lugar de compra: <i>(detallar)</i> .....</p> <p>.....</p> <p><b>3.1 Entrega muestra?</b>    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>La muestra está abierta?    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>5. Utilización del producto:</b></p> <p>Fecha aproximada de 1ª aplicación: ..../...../.....</p> <p>Durante cuánto tiempo fue utilizada? .....</p> <p>Usa frecuentemente este producto? <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Frecuencia de uso: (por hora/ diaria/semanal/mensual) .....</p> <p><b>Sitio de aplicación del producto:</b>  <i>(marque las opciones que correspondan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> cabello    <input type="checkbox"/> uñas    <input type="checkbox"/> dientes    <input type="checkbox"/> área ocular</p> <p><input type="checkbox"/> manos    <input type="checkbox"/> brazos    <input type="checkbox"/> piernas    <input type="checkbox"/> pies</p> <p><input type="checkbox"/> espalda    <input type="checkbox"/> torso    <input type="checkbox"/> axilas    <input type="checkbox"/> cara</p> <p><input type="checkbox"/> labios</p> <p><input type="checkbox"/> otra parte del cuerpo: .....</p>
<p><b>4. Motivo del reporte</b></p> <p><input type="checkbox"/> Duda de la legitimidad <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Sospecha de presencia de ingredientes químicos no permitidos. Cuales? .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Se observan características físicas diferentes a las habituales (Apariencia, olor, color, diseño y forma del envase).Cuales? .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Se observan desvíos de calidad del producto (contenido, envase, tipo de cierre, etc) Cuales?.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Se observan eventos adversos por el uso del producto. Detallar en ítem 6.</p>	<p><b>5.1</b> Utilizó otros productos cosméticos sobre la zona de aplicación mencionada y/o ingirió medicamentos, al mismo tiempo que usó el producto reportado? <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Cuáles?.....</p> <p><b>5.2</b> En caso de que el producto reportado sea: crema/emulsión para rostro y/o cuerpo, exfoliantes/ peelings faciales o corporales, depilatorios, colonias/ lociones/ perfumes. ¿Hubo exposición al sol durante el uso del mismo? <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>

