

# KOZMETİK ÜRÜN İSTENMEYEN ETKİ BİLDİRİM FORMU

(Sağlık Mesleği Mensupları İçin)

İlk Rapor  Takip Raporu   
Kayıt No:  
Rapor Tarihi (Gün/Ay/Yıl):

A. BİLDİRİM YAPAN KİŞİYE AİT BİLGİLER	D. İSTENMEYEN ETKİ(LER)
1. Adı Soyadı *	23. İstenmeyen etki <input type="checkbox"/> 24. Ciddi İstenmeyen etki <input type="checkbox"/>
2. Mesleği / Diploma no *	25. Kullanım Yeri
3. Adresi *	Saç <input type="checkbox"/> Cilt <input type="checkbox"/> Tırnak <input type="checkbox"/> Göz <input type="checkbox"/> Dış Genital Bölge <input type="checkbox"/> Ağız İçi <input type="checkbox"/> Dış <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz) <input type="checkbox"/> .....
4. Telefon Numarası *	26. İstenmeyen / Ciddi istenmeyen etkiyi tanımlayınız. *
5. E-posta :	- alerjik kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - granülom <input type="checkbox"/>
6. Çalıştığı Kurum / Kuruluş / Muayenehane / Eczane *	- iritasyonun neden olduğu kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - onikolizis <input type="checkbox"/> - fotoalerjik kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - sublingual hemoraji <input type="checkbox"/> - fototoksik etkinin neden olduğu kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - anonsia <input type="checkbox"/> - konjunktivit <input type="checkbox"/> - alopesi <input type="checkbox"/> - ürtiker <input type="checkbox"/> - hipo-pigmentasyon <input type="checkbox"/> - akne kozmetika/ folikülit <input type="checkbox"/> - hiper-pigmentasyon <input type="checkbox"/> - ağız boşluğu mukoz membranının deskuamasyonu <input type="checkbox"/> - diş hassasiyeti <input type="checkbox"/> - ağız boşluğu mukoz membranının irritasyonu <input type="checkbox"/> - farklı sistemik etkiler <input type="checkbox"/> - diğer <input type="checkbox"/> (Belirti / Belirtilerin tarifi).....
<b>B. ÜRÜNE AİT BİLGİLER</b>	
7. Markası - Açık Adı *	27. Belirti / Belirtilerin başlama tarihi ve/veya teşhis tarihi (Gün/Ay/Yıl).....
8. Sunum şekli (sabun, şampuan, krem, losyon vb)	28. İstenmeyen Etkinin Tedavisi (Tedavi için kullanılan ilaçlar, kullanım tarihleriyle birlikte Gün/Ay/Yıl olarak.....)
9. Kullanım amacı ve kullanım yeri	29. Sonuç
10. Seri Numarası	<input type="checkbox"/> İyileşti/Düzeldi <input type="checkbox"/> İyileşiyor/Düzeliyor
11. Üreticisi (adı, adresi vb) *	<input type="checkbox"/> Sekel Bırakarak İyileşti /Düzeldi <input type="checkbox"/> Devam Ediyor
12. Ürünün alındığı yer (adı-adresi)	<input type="checkbox"/> Ölümle sonuçlandı (Otopsi raporunu ekleyiniz) <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
13. Ürünün kullanımına ilk başladığı tarih	<input type="checkbox"/> Diğer
14. Kullanıldığı süre/ Kullanım sıklığı	30. Ürün/ürünlerle ilgili önceden bilinen/deneyimlenen istenmeyen etki varsa belirtiniz.
15. Kişisel kullanım <input type="checkbox"/> 16. Profesyonel kullanım <input type="checkbox"/>	31. Bitmiş ürün ve şüpheli içerik için varsa alerji test sonuçları detayları ile birlikte (ürün ismi, içeriği, kullanılan metod, bekleme zamanı, sonuçlar, yorum) ekleyiniz.
<b>C. TÜKETİCİ / HASTAYA AİT BİLGİLER</b>	
17. Adı ve Soyadının baş harfleri*:	32. Varsa birlikte kullanılan diğer kozmetik ürün/ilaçlar/bitkisel preparatlar ticari isimleri.
18. Doğum tarihi (Gün/Ay/Yıl):	
19. Yaşı: Cinsiyeti:	
20. Bilinen ve/veya test edilmiş alerjisi var mı? (Varsa açıklayınız.)	
21. Ciltte patolojik durum var mı? Varsa nedir?	
22. Şüpheli gebelik/emzirme var mı?	
<b>F. İSTENMEYEN ETKİ - KOZMETİK ÜRÜN İLİŞKİSİ</b>	
Kozmetik ürün kullanıldıktan sonra oluşuyor Kozmetik ürünün yeniden kullanılması ile aynı etki oluşuyor Kozmetik ürün ile istenmeyen etki arasında zaman ilişkisi bulunmamaktadır. Kozmetik ürün kullanımı bırakılınca kayboluyor. Kesinlikle kozmetik ürüne bağlı bir istenmeyen etki değil	Yandaki kriterlere göre; İlk 4'üne uyuyor ise <input type="checkbox"/> Oldukça Mümkün İlk 3'üne uyuyor ise <input type="checkbox"/> Mümkün İlk 2'sine uyuyor ise <input type="checkbox"/> Olası Birincisine uyuyor ise <input type="checkbox"/> Şüpheli Hiçbiri geçerli değil ise <input type="checkbox"/> İlgisiz / İlişksiz

**Not: Bu bilgiler tüketici beyanına göre doldurulmuştur.**

(\*) doldurulması zorunlu alanlar. Formu mümkün olduğunca tam doldurunuz. Forma sayfa ekleyebilirsiniz.