



## FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA KOSMETYKU

### Dane klienta

Imię \* .....  
Nazwisko \* .....  
Adres \* .....  
Telefon \* .....

### Dane produktu

Nazwa produktu \* .....  
Nr serii \* .....  
Okres przydatności \* .....

### Opis niepożądanego działania

Data wystąpienia objawów \* .....  
Czas od aplikacji kosmetyku \* .....

### Miejsce aplikacji:

skóra głowy \* .....  
skóra twarzy \* .....  
ciało \* .....

### Opis objawów \*:

.....  
.....  
.....

Czy produkt był użyty po raz pierwszy \* .....

Czy klient ma skłonności do uczuleń (wysypki) \* .....

### Opis postępowania po stwierdzeniu reakcji skórnej

Czy była konsultacja medyczna (data i miejsce porady) \* .....

Czy zastosowano leczenie farmakologiczne \* .....

.....

Podpis klienta

\* pola wymagane