



## 8) Evolution de l'EIG/des EIG

- Guérison *Le cas échéant, spécifier le délai nécessaire à la guérison:*
- Amélioration en cours       Effets ultérieurs (séquelles)       Persistance de l'effet/des effets
- Donnée non connue
- Autres:

## 9) Autres situations à prendre en compte

- Oui       Non       Donnée non connue Si oui, spécifier:
- Traitement(s) à prendre en compte:
- Utilisation concomitante d'autres produits (médicaments, compléments alimentaires, etc.):

## 10) Données médicales pertinentes/anamnèse

- Allergies (à spécifier): *Préciser la nature et les résultats d'éventuels tests antérieurs:*
- Maladies de peau (à spécifier):
- Autre(s) maladie(s) à prendre en compte:
- Spécificités cutanées, y compris le phototype:
- Autres (*par exemple, conditions climatiques ou exposition particulières*):

## 11) Gestion du cas

### a) Traitement(s) de l'EIG

Médicament prescrit: nom du produit (DCI)	Dose	Durée

### b) Autre(s) mesure(s)

Durée/détails complémentaires:

### c) Gravité de l'effet indésirable

#### c-1) Incapacité fonctionnelle (*le cas échéant*)

Description:

- Préciser la durée d'une éventuelle incapacité temporaire:       Certificat médical disponible
- Évaluation d'un expert disponible
- Traitement correcteur de l'incapacité fonctionnelle:

#### c-2) Handicap (*le cas échéant*), préciser le %:

Description:

- Évaluation d'un expert disponible       Certificat médical disponible

#### c-3) Hospitalisation (*le cas échéant*)

Durée de l'hospitalisation:      Nom et adresse de l'établissement hospitalier:

Traitement correcteur dispensé durant l'hospitalisation:

Médicament prescrit: Nom du produit (DCI)	Dose	Durée

Traitement suivi ou mesure prise après l'hospitalisation:

#### c-4) Anomalies congénitales (*le cas échéant*)

- Détections durant la grossesse       Évaluation d'un expert disponible

Défectées après l'accouchement

**c-5) Risque vital immédiat** (*le cas échéant*)

Traitement et mesures spécifiques:

**c-6) Décès** (*le cas échéant*):

Date:                      Diagnostic:

Certificat médical disponible

**12) Examens complémentaires**

Oui             Non            Si oui, spécifier:

**Tests d'allergie**

Test(s) cutané(s) réalisé(s) par rapport au(x) produit(s) cosmétique(s) suspect(s)

Produit(s) testé(s)	Méthode(s) utilisée(s)	Zone de test	Résultats

Test(s) cutané(s) réalisé(s) par rapport aux substances (*le cas échéant, joindre au formulaire les résultats complets*)

Autres résultats de tests d'allergie .....

Autre(s) examen(s) supplémentaire(s) (*préciser, en incluant les résultats*):

**13) Résumé de la personne responsable ou du distributeur**

**a) Exposé des faits**

**b) Suivi**

**Spécifier le numéro d'identification du cas donné par l'autorité compétente (le cas échéant):**

**c) Évaluation de l'imputabilité**

Très vraisemblable     Vraisemblable     Possible     Douteuse     Exclue     Inévaluable

**d) Gestion**

Cet EIG a-t-il déjà été notifié à une autorité compétente?     Oui     Non     Donnée non connue

Si oui, spécifier quelle était cette autorité compétente:

**e) Actions correctrices**

Oui             Non            Si oui, spécifier:

**f) Observations**