



# KOZMETİK ÜRÜN İSTENMEYEN ETKİ BİLDİRİM FORMU

İlk Rapor <input type="checkbox"/>		Takip Raporu <input type="checkbox"/>	
Kayıt No: Rapor Tarihi (Gün/Ay/Yıl):			
<b>A. BİLDİRİM YAPAN KİŞİYE AİT BİLGİLER</b>		<b>D. İSTENMEYEN ETKİ(LER)</b>	
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"/>	
4. Telefon Numarası *		Dış Genital Bölge <input type="checkbox"/> Ağız İçi <input type="checkbox"/> Diş <input type="checkbox"/>	
5. E-posta		Diğer (belirtiniz) <input type="checkbox"/> .....	
6. Çalıştığı Kurum / Kuruluş / Muayenehane / Eczane *		26. İstenmeyen / Ciddi istenmeyen etkiyi tanımlayınız. *	
<b>B. ÜRÜNE AİT BİLGİLER</b>		- alerjik kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - granülom <input type="checkbox"/>	
7. Markası - Açık Adı *		- iritasyonun neden olduğu kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - onikolizis <input type="checkbox"/>	
8. Sunum şekli (sabun, şampuan, krem, losyon vb)		- fotoalerjik kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - sublingual hemoraji <input type="checkbox"/>	
9. Kullanım amacı ve kullanım yeri		- fototoksik etkinin neden olduğu kontakt dermatit <input type="checkbox"/> - anonsia <input type="checkbox"/>	
10. Seri Numarası		- konjunktivit <input type="checkbox"/> - alopesi <input type="checkbox"/>	
11. Üreticisi (adı, adresi vb) *		- ürtiker <input type="checkbox"/> - lipo-pigmentasyon <input type="checkbox"/>	
12. Ürünün alındığı yer (adı-adresi)		- akne kozmetika/ folikülit <input type="checkbox"/> - hiper-pigmentasyon <input type="checkbox"/>	
13. Ürünün kullanımına ilk başladığı tarih		- ağız boşluğu mukoz membranının deskuamasyonu <input type="checkbox"/> - diş hassasiyeti <input type="checkbox"/>	
14. Kullanıldığı süre/ Kullanım sıklığı		- ağız boşluğu mukoz membranının iritasyonu <input type="checkbox"/> - farklı sistemik etkiler <input type="checkbox"/>	
15. Kişisel kullanım <input type="checkbox"/> Profesyonel kullanım <input type="checkbox"/>		- diğer <input type="checkbox"/> (Belirti / Belirtilerin tarifi).....	
<b>C. TÜKETİCİ / HASTAYA AİT BİLGİLER</b>		27. Belirti / Belirtilerin başlama tarihi ve/veya teşhis tarihi (G ün/Ay/Yıl).....	
17. Adı ve Soyadının baş harfleri*:		28. İstenmeyen Etkinin Tedavisi (Tedavi için kullanılan ilaçlar, kullanım tarihleriyle birlikte G ün/Ay/Yıl olarak.....)	
18. Doğum tarihi (Gün/Ay/Yıl):		29. Sonuç	
19. Yaşı: Cinsiyeti:		<input type="checkbox"/> İyileşti/Düzeldi	
20. Bilinen ve/veya test edilmiş alerjisi var mı? (Varsa açıklayınız.)		<input type="checkbox"/> İyileşiyor/Düzeliyor	
21. Ciltte patolojik durum var mı? Varsa nedir?		<input type="checkbox"/> Sekel Bırakarak İyileşti /Düzeldi	
22. Şüpheli gebelik/emzirme var mı?		<input type="checkbox"/> Devam Ediyor	
		<input type="checkbox"/> Ölümle sonuçlandı (Otopsi raporunu ekleyiniz)	
		<input type="checkbox"/> Bilinmiyor	
		<input type="checkbox"/> Diğer	
		30. Ürün/ürünlerle ilgili önceden bilinen/deneyimlenen istenmeyen etki varsa belirtiniz.	
		31. Bitmiş ürün ve şüpheli içerik için varsa alerji test sonuçları detayları ile birlikte (ürün ismi, içeriği, kullanılan metod, bekleme zamanı, sonuçlar, yorum) ekleyiniz.	
		32. Varsa birlikte kullanılan diğer kozmetik ürün/ilaçlar/bitkisel preparatlar ticari isimleri.	
<b>F. İSTENMEYEN ETKİ - KOZMETİK ÜRÜN İLİŞKİSİ</b>			
<input type="checkbox"/> Kozmetik ürün kullanıldıktan sonra oluşuyor		Yandaki kriterlere göre;	
<input type="checkbox"/> Kozmetik ürünün yeniden kullanılması ile aynı etki oluşuyor		İlk 4'üne uyuyor ise <input type="checkbox"/> Oldukça Mümkün	
<input type="checkbox"/> Kozmetik ürün ile istenmeyen etki arasında zaman ilişkisi bulunmaktadır.		İlk 3'üne uyuyor ise <input type="checkbox"/> Mümkün	
<input type="checkbox"/> Kozmetik ürün kullanımı bırakılınca kayboluyor.		İlk 2'sine uyuyor ise <input type="checkbox"/> Olası	
<input type="checkbox"/> Kesinlikle kozmetik ürüne bağlı bir istenmeyen etki değil		Birincisine uyuyor ise <input type="checkbox"/> Şüpheli	
		Hiçbiri geçerli değil ise <input type="checkbox"/> İlgisiz / İlişkisiz	
<b>Not: Bu bilgiler tüketici beyanına göre doldurulmuştur.</b>			
(*) Doldurulması zorunlu alanlar. Formu mümkün olduğunca tam doldurunuz. Formu sayfa ekleyebilirsiniz.			
e-posta: kozmetovizilans@tik.gov.tr Fax: 0 (312) 218 30 07 Tel: 0 (312) 218 30 00			