

1. Fiche à compléter avec votre professionnel de santé
2. Envoyer cette fiche à **SPORTXCARE SAS – 37 rue Saint Sébastien – 13006 MARSEILLE** ou par email à contact@sportxcare.com
3. Conservez au moins 3 mois le ou les produit(s) cosmétique(s) par l'effet indésirables ou le(s) renvoyer à **SPORTXCARE SAS – 37 rue Saint Sébastien – 13006 MARSEILLE**

NOTIFICATEUR

Médecin

Pharmacien

Dentiste

Autres

Précisez : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ email : _____

Date d'établissement de la fiche : ____/____/____

UTILISATEUR

Prénom : _____ Nom (3 premières lettres) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F M

Grosse en cours : _____

Profession : _____

PRODUIT(S) CONCERNÉ(S)

Numéro de lot : _____

Nom complet du produit : _____

Société / Marque : _____

Usage /fonction du produit : _____

Lieu d'achat : _____ Date d'achat : ____/____/____

UTILISATION

Date 1^{ère} utilisation du produit : _____ / _____ / _____

Rythme d'utilisation du produit (par jour/ semaine / mois¹) : _____

Date de survenue de l'effet indésirable : _____ / _____ / _____

EXPOSITION PARTICULIÈRE AU PRODUIT

Usage professionnel : Oui Non

Remarque : _____

LOCALISATION DE L'EFFET INDÉSIRABLE

Sur la zone d'application du produit : Oui Non

Réaction à distance de la zone d'application : Oui Non

Précisez la distance : _____

La localisation de l'effet indésirable se situe :

Peau (si oui, précisez la zone concernée) : _____

Ongles

Cheveux

Dents

Yeux

Ou muqueuses :

Oculaire

Auriculaire

Nasales

Buccale

Pharyngée

Pulmonaire

Génitale

Autre : _____

Remarque : _____

CONSÉQUENCE DE L'EFFET INDÉSIRABLE

Consultation Pharmacien

Consultation médecin

Consultation dentiste

Gêne sociale (préciser) : _____

Arrêt de travail

Intervention médicale d'urgence (préciser) : _____

Hospitalisation

Séquelles, invalidité ou incapacité

Autre : _____

¹ Rayer les mentions inutiles

SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT

Respiratoire

Digestif

Généraux

Neurologiques

Autre : _____

DESCRIPTION ET DÉLAI DE SURVENUE DE L'EFFET INDÉSIRABLE

Donner le plus de précision possible :

DIAGNOSTIQUE DU MÉDECIN OU DENTISTE LE CAS ECHÉANT

Nom de l'utilisateur (3 premières lettres) : _____

Partie à renseigner par le professionnel de santé ayant constaté l'effet indésirable

ANTÉCÉDENTS DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'EFFET INDÉSIRABLE

Allergiques (préciser) _____

Confirmation par des tests (préciser) : _____

Pathologie cutanées (préciser) : _____

Pathologie autres (préciser) : _____

ÉVOLUTION DE LA RÉACTION INDÉSIRABLE

Résolution spontanée à l'arrêt des applications : Oui Non

Si oui, dans quels délais : _____

Mise en œuvre d'un traitement symptomatique : Oui Non

Si oui, lequel : _____

PRODUITS ASSOCIÉS ÉVENTUELS

Autre produit cosmétique, médicament, complément alimentaire, etc. :

Préciser les dénominations commerciales : _____
