

## Formulaire Cosmétovigilance

*NB: Ce questionnaire n'a aucune valeur commerciale. Les réponses qu'il contient ne serviront qu'à acquérir une connaissance approfondie de sécurité pour le consommateur.*

- Nom et prénom : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_
- Pays : \_\_\_\_\_
- N° Téléphone : \_\_\_\_\_
- Âge : \_\_\_\_\_
- Type de peau : \_\_\_\_\_
- Observation(s) pertinente(s) éventuelle(s) : (Allergies et sensibilité connues, peau hypersensible, cicatrice, blessure ...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ❖ Numéro de la référence : \_\_\_\_\_
- ❖ Numéro de lot : \_\_\_\_\_
- ❖ Date et lieu de l'achat : \_\_\_\_\_

**Problème constaté : (Merci d'indiquer la date d'utilisation)**

---

---

---

---

---

---

**Localisation du problème:** \_\_\_\_\_

- Est-ce que le problème s'est manifesté sur la zone d'application complète ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Est-ce que le problème s'est étendu au-delà de la zone d'application ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si oui, jusqu'à quel niveau ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Est-ce que le problème a eu lieu dès la première application ? Après quelques jours d'usage ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Combien de temps s'est-il écoulé entre l'application du produit et l'apparition du problème ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si plusieurs applications ont été effectuées, cette durée a-t-elle été similaire à chaque application ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Est-ce que le problème s'est rapidement estompé ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si plusieurs applications ont été effectuées, était-ce le cas après chaque application ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- S'agit-il d'un type de problème déjà constaté et/ou connu, d'un type de problème récurrent ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si oui, a-t-il été constaté à l'usage d'une autre référence (cosmétique, produit de nettoyage, parfum, médicament, etc.) employée seule ? La ou lesquelles ?

---

---

- Est-ce que le problème a été occasionné lors de l'application d'une autre référence cosmétique et/ou parfumant appliquée simultanément au produit en question ?  
Si oui, la ou lesquelles ?

---

---

- Avez-vous récemment été exposé à une situation particulière (stress, maladie, manque de sommeil, efforts, ménopause, exposition solaire intense, etc.) ?  
Si oui, la ou lesquelles ?

---

---

- Avez-vous récemment commencé à employer une ou plusieurs nouvelle(s) référence(s) médicamenteuse(s)? \_\_\_\_\_  
Si oui, la ou lesquelles et depuis quand ? \_\_\_\_\_

---

- Êtes-vous en traitement médicamenteux ? \_\_\_\_\_  
Si oui, quel(s) traitement(s) et depuis quand ? \_\_\_\_\_

---

- Considérez-vous que le problème soit directement imputable au produit en question?

---

---

- Le problème a-t-il été évalué par un professionnel de la santé - Consultation et/ou test(s) ? \_\_\_\_\_

Si oui, quelles ont été les analyses effectuées et qu'on montré leur(s) résultats(s) ?

---

---

Si non, souhaitez-vous consulter un professionnel de la santé au sujet de ce problème dans un proche avenir ?

---

---

**L'équipe Nuager vous remercie de votre collaboration.**

**PARTIE À REMPLIR 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) : \_\_\_\_\_

**Pathologies cutanées** (préciser) : \_\_\_\_\_

**Pathologies autres** (préciser) : \_\_\_\_\_

**Evolution de la réaction indésirable** : \_\_\_\_\_

**Résolution spontanée à l'arrêt des applications ? :**

*Si oui, quel délai* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Mise en œuvre d'un traitement symptomatique ? :**

*Si oui, quel délai* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Produits associés éventuels**

(autres produits cosmétiques, médicaments, compléments alimentaires,...)

Préciser les dénominations commerciales :

---

---

---

---

---

---

**Enquête allergologies :**

*Tests sur le ou les produits finis concernés par la réaction indésirable :*

---

---

---

*Tests sur le ou les ingrédients ou allergènes suspectés :*

*Tests de réintroduction :*

Le produit a-t-il été appliqué à nouveau ?

Si oui, l'événement indésirable a-t-il récidivé ?

---

---

---

**Conclusion :**

---

---

---

---

---

Produit testé	Allergènes	Méthode(s) utilisée(s)	Délai de lecture	Résultats	Commentaires

- Y a-t-il, selon vous, un lien de causalité entre l'effet indésirable et le produit cosmétique concerné ? : OUI / NON

- Autres causes possibles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Commentaire / Conclusion :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Date :**

**Signature du professionnel de santé :**

**Signature du consommateur :**