

<input type="checkbox"/> Cliente Fecha: _____ Tiempo: _____ Nombre (iniciales): _____ Dirección: _____ PLZ / Ciudad: _____ Tel No: _____ Cliente N.º: _____ Tratado por: _____	<input type="checkbox"/> Médico o especialista Datum: _____ Tiempo: _____ Nombre: _____ Dirección: _____ PLZ / Ciudad: _____ Tel No: _____ Nota: _____ Tratado por: _____
---	--

Tratamiento	SKINIAL-Ex	PARCELA No.:
<input type="checkbox"/> Patch-TEST/Rechazado <input type="checkbox"/> Derivación de seguimiento aprobada <input type="checkbox"/> Formulario de consentimiento firmado <input type="checkbox"/> Cuidados posteriores Efectos ¿eran visibles? <input type="checkbox"/> Forma de anamnesis guardada <input type="checkbox"/> ¿Hay fotos de tratamiento disponibles?		

Reacciones de intolerancia		
¿Cuáles son los principales síntomas?	<input type="checkbox"/> Picor	<input type="checkbox"/> Inflamación, enrojecimiento
	<input type="checkbox"/> Arder	<input type="checkbox"/> Cicatrices
<input type="checkbox"/> Miscelánea:		

Método de administración			
¿Lugar del tratamiento en la piel?			
¿Observación durante el tratamiento?			
¿Cuándo se realizó el tratamiento?			
¿Qué tratamiento?	<input type="checkbox"/> Primero	<input type="checkbox"/> Segundo	<input type="checkbox"/> Tercero o más
Notificación del incidente dentro de	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input type="checkbox"/> hasta una semana	<input type="checkbox"/> más de un mes
Se utilizaron los siguientes productos cosméticos:			
Se utilizaron los siguientes productos médicos:			
Otros Médico Productos:			
¿Ya tienen un Especialistas Visitados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Por favor, introduzca la dirección arriba			
¿Vas a ver a un médico?? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifica arriba			

¡Las preguntas al especialista se pueden encontrar en la parte trasera!

Preguntas para el especialista:

En su opinión, ¿hay alguna conexión con los productos cosméticos?

Sí

¿Y los síntomas dermatológicos?

No

¿Qué síntomas aparecen en primer plano?

Picor

Inflamación,

enrojecimiento

Arder

Cicatrices

Otros:

¿Crees que es una reacción alérgica?

Sí

No

En tu opinión, ¿existe alguna relación entre el tratamiento y el inicio de los síntomas?

Sí

No

No lo sé

¿Se pueden descartar influencias externas (suciedad, bacterias)?

Sí

No

¿Cuál es tu otra recomendación para tratar este efecto secundario no deseado?

Comentarios de los profesionales:

Breve explicación del incidente:

Confirmación de la recepción del informe en el cuartel general de SKINIAL:

Fecha: _____

Firma: _____