

## Questionnaire: Intolérance au produit, effets indésirables des remèdes

Nom, Prénom	féminin <input type="radio"/>	masculin <input type="radio"/>	Age:
Rue et numéro du domicile:	Numéro de téléphone*:		
NPA / Localité:	E-Mail*		

\*pour d'éventuelles questions

**1. De quel produit s'agit-il?**

Nom

Numéro du lot

**2. Afin que nous puissions examiner le produit, vous devriez nous envoyer l'emballage concerné:**

- J'envoie le produit  
 Je n'envoie pas le produit car:

**3. Où avez-vous stocké le produit?**

**4. Quels étaient vos symptômes?**

**5. Combien de fois avez-vous pris le produit jusqu'à l'apparition des symptômes?**

Combien de fois par jour et où avez-vous pris/utilisé le produit?

En cas de crème/pommade: les symptômes sont-ils uniquement apparus au lieu d'application?

- Non  Oui

Quand les symptômes sont-ils apparus après l'utilisation?

Combien de temps ont-ils persisté?

Les symptômes sont-ils apparus après chaque utilisation?

- Non  Oui

Si oui, étaient-ils après chaque utilisation

- aussi intenses?  plus faibles?  
 toujours plus forts?

**6. L'emballage était-il**

- nouvellement entamé, puis les symptômes?  
 entamé et laissé de côté longtemps?

**7. Qu'avez-vous fait après la survenue des symptômes?**

consulté un  Médecin  Dentiste consulté  
Si oui, son diagnostic et son traitement:

- Arrêt du produit  
 Poursuite de la prise du produit

**8. Au cas où le produit a continué à être utilisé:**

- Les troubles ont-ils cessé?  
 Les troubles sont-ils restés inchangés?  
 Les troubles se sont-ils aggravés?

**9. Prenez-vous d'autres médicaments ou des compléments alimentaires?**

- Non  Oui, lesquels:

**10. Souffrez-vous de maladies chroniques ou aiguës? Si oui lesquelles?**

**11. Vous êtes vous exposé/e intensivement au soleil durant l'utilisation?**

- Non  Oui

**12. Vous trouvez-vous actuellement dans des situations particulières (stress, congé, grossesse, allaitement...)?**

**13. Souffrez-vous d'allergies particulières ou d'intolérance alimentaire (lactose, gluten, crustacés, etc.)?**

- Non  Oui, laquelle:

Date:

Signature:

**Vos informations seront traitées de manière strictement confidentielle**

**Veillez envoyer le produit concerné à:**

**ebi-pharm ag  
Fachtechnische Leitung  
Lindachstrasse 8c  
3038 Kirchlindach**