

Frågor att ställa vid misstänkt allergisk reaktion.

Detta skall fyllas i vid en misstänkt allergisk reaktion (ifylles av **kliniken**, så utförligt som möjligt) och mailas till info@exuviance.se

Detaljer om personen: namn, kön, ålder.	
Vilken produkt misstänks orsaka besväret?	
När började produkten användas? (datum)	
När slutades produkten att användas (datum)	
När skedde reaktionen? (datum). Specifiera när reaktionen uppstod (tex efter antal dagar eller antal applikationer). Bifoga bild.	
Ge en detaljerad beskrivning av reaktionen.	
När upphörde symptomen? (datum) Provades produkten/erna igen?	
Har personen fått reaktionen bedömd av läkare? Diagnos/utlåtande av läkare? Eventuellt läkarutlåtande bifogas.	
Precisera vilken/vilka övriga hudvårdsprodukter som kunden använde i samband med reaktionen? (samtliga produkter). Även andra hudvårdsmärken.	
Har kunden tidigare använt Exuviance produkter? Vilka och hur länge isåfall?	
Gjordes något för att lindra problemen? Vad i så fall?	
Har kunden fått andra typer av hudvårds-behandlingar inom två månader före behandlingstillfället?	
Finns några bakomliggande medicinska aspekter som kan ha påverkat reaktionen? Läkemedel, allergi etc?	
Är huden återställd? (datum)	
Hindrade reaktionen kunden från att arbeta eller utföra andra aktiviteter?	
Övrig viktig information.	

Klinik : _____

Kundnr: _____ Namn, hudterapeut: _____

Datum och ort: _____