**Detalhes de contato pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade e Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preencher o questionário sobre reação adversa é voluntário. No entanto, as informações solicitadas são essenciais para processar adequadamente sua solicitação.

**Declaração de ciência sobre o tratamento de dados pessoais e informações para o recebimento e tratativa de queixa sobre reação adversa de produtos cosméticos**

Estou ciente de que meus dados pessoais e as informações fornecidas abaixo serão tratados pela BDF Nivea LTDA. ("BDF"), podendo também ser tratados por outras afiliadas do Grupo Beiersdorf, nacionais e internacionais (conjuntamente denominadas "Beiersdorf"). Esse tratamento tem como finalidade o recebimento e processamento da minha solicitação relacionada à queixa de incompatibilidade/reação de uso de produto e o armazenamento da documentação associada.

Os dados podem ser armazenados e tratados na União Europeia (UE). Em alguns casos, como por exemplo, durante trabalhos de manutenção e análises de melhoria dos nossos produtos, o acesso pode ser feito a partir de países fora da UE ou do Espaço Econômico Europeu (EEE), sendo garantida pela Beiersdorf a adoção das medidas exigidas por lei para assegurar que seus dados continuem protegidos e que essa transferência seja realizada de acordo com um dos mecanismos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

**Destinatários dos dados:**  
A BDF pode compartilhar os dados coletados com departamentos internos e com outras afiliadas ao Grupo Beiersdorf, bem como com prestadores de serviços externos, processadores de contratos, entre outros. Todo compartilhamento é realizado na medida necessária para o tratamento adequado da sua solicitação, sempre respeitando a legislação de proteção de dados aplicável.

**Finalidade/Informação:**  
A BDF tratará seus dados pessoais para o atendimento de sua queixa específica sobre reação adversa. Mais informações sobre o tratamento de seus dados pessoais pela BDF podem ser encontradas na [Política de Privacidade](https://www.beiersdorf.com.br/meta-pages/cookies-and-privacy-policy) para Nivea e na [Política de Privacidade](https://www.eucerin.com.br/meta-pages/politica-de-privacidade) para EUCERIN.

Esta declaração de ciência deverá ser assinada e enviada juntamente com o questionário em anexo devidamente preenchido.

Data /

Assinatura:

Para pessoas com menos de 18 anos, a assinatura deverá ser do pai/mãe ou responsável legal.:

Nome do pai/mãe ou responsável legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF do pai/mãe ou responsável legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:

**Questionário sobre reação adversa**

**Informações pessoais e gerais**

Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de pele**  
Como você descreveria sua pele? (mais de uma resposta é possível)

Seca ❒ Normal ❒ Clara ❒ Oleosa ❒ Mista ❒ Média ❒ Sensível ❒ Sensível ao sol ❒ Escura ❒

Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você sofre de reações alérgicas ou de hipersensibilidade? Sim ❒ Não ❒

Se sim, qual? Dermatite atópica ❒ Asma alérgica ❒ Febre do feno ❒ Eczema ❒ Outro ❒  
Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você tem confirmação médica de que é alérgico a certas substâncias como perfumes, conservantes, medicamentos ou alimentos?  
Sim ❒ Não ❒

Se sim, quais substâncias (Se possível, informe o ano em que foi testado)?  
❒ Perfume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
❒ Conservante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
❒ Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Produto e aplicação do produto**

Nome do produto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Número do ART ou código de barras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Validade e lote do produto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Data da compra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em quais partes do corpo você usou o produto?  
Rosto ❒ Estômago ❒ Área dos olhos ❒ Braços ❒ Costas ❒ Área dos lábios ❒ Pernas ❒ Mãos ❒ Axilas ❒ Pés ❒ Cabelo ❒ Pescoço ❒  
Outras partes do corpo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por quanto tempo você usou este produto da Beiersdorf (este frasco, tubo, lata, etc.) até a ocorrência da reação adversa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequência de uso deste produto:  
\_\_\_\_\_\_\_\_ vezes por dia ❒ / por semana ❒ / por mês ❒ / por ano ❒

Você usou outros produtos cosméticos ao mesmo tempo nas áreas afetadas pelas reações cutâneas?  
Sim ❒ Não ❒

Se sim, quais produtos (nome do produto, fabricante)?

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

Você já usou o mesmo produto da Beiersdorf anteriormente (outros frascos, tubos, latas, etc.)?  
Sim ❒ Não ❒

**Reação adversa**

Quando ocorreu a reação adversa (data)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quais reações adversas você experimentou (mais de uma resposta possível)?  
Ardência ❒ Coceira ❒ Vermelhidão ❒ Descamação ❒ Inchaço ❒ Ressecamento ❒  
Secreção ❒ Pústulas ❒ Tensão ❒ Bolhas ❒ Espinhas ❒  
Outras reações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em quais áreas do corpo ocorreu a reação?

Rosto ❒ Mãos ❒ Axilas ❒ Braços ❒ Pés ❒ Genitais ❒ Pernas ❒ Pescoço ❒ Lábios ❒  
Estômago ❒ Decote ❒ Orelhas ❒ Costas ❒ Seios ❒  
Outras áreas do corpo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Outras áreas específicas do corpo tiveram reações?**

Nos olhos ❒ Ao redor dos olhos ❒ Ardência ❒ Ressecamento ❒ Lacrimejamento ❒

Vermelhidão ❒ Coceira ❒ Pálpebras inchadas ❒ Sensação de algo no olho ❒  
Outras reações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

... outras reações adversas, como tosse seca, asma ou dificuldade em respirar  
Sim ❒ Não ❒  
Se sim, quais reações? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Quanto tempo após a última aplicação ocorreu essa reação?**

Imediatamente ❒ Um dia ❒ Mais de um dia ❒Mais de 5 dias ❒ Mais de um mês ❒

**Quanto tempo durou essa reação adversa?**

Horas ❒ Um dia ❒ Mais de um dia ❒ Até o momento ❒

A reação adversa desapareceu completamente desde então? Sim ❒ Não ❒

Você precisou de atendimento médico por causa dessa reação adversa? Sim ❒ Não ❒

Se sim, qual foi o diagnóstico?

O que o médico receitou?

Obrigado por dedicar seu tempo para preencher este questionário!