



CHEMOEXFOLIATION
ENERPEEL®
CE - CE 0373

REPORT COMPLICAZIONI

Data di compilazione del report gg / mese / anno

DATI RELATIVI AL MEDICO SEGNALATORE

Nome e cognome: _____ Specializzazione: _____
Ambulatorio/Ospedale/Denominazione: _____ Stato: _____
Indirizzo: _____ Città: _____ CAP: _____
E-mail: _____ Rif.to telefonico: _____

DATI RELATIVI AL PAZIENTE ED ANAMNESI

Iniziali del Paziente: _____ Data di nascita ____ / ____ / ____ Sesso: ☐ F ☐ M

FOTOTIPO	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV	☐ V	☐ VI
ORIGINE ETNICA	☐ Nordica	☐ Europea	☐ Mediterranea	☐ Indo-Pachistana	☐ Africana	☐ Asiatica

DATI RELATIVI AL TRATTAMENTO ENERPEEL® ESEGUITO

Problematica cutanea trattata: _____

TIPOLOGIA DI ENERPEEL® UTILIZZATO:			
☐ ENERPEEL® GA-70 soluzione contenente acido glicolico (70%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® SA-CB Chest&Back soluzione contenente acido salicilico (30%);	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® GA-50 soluzione contenente acido glicolico (50%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® TCA soluzione contenente acido tricloroacetico (25%);	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® GA-40 soluzione contenente acido glicolico (40%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® TCA-LP (Less Pain) soluzione contenente acido tricloroacetico (25%);	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® GA-30 soluzione contenente acido glicolico (30%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® TCA STRONG soluzione contenente acido tricloroacetico (40%);	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® PA soluzione contenente acido piruvico (50%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® NECK soluzione contenente acido piruvico (30%), acido lattico (10%), acido ferulico;	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® MA soluzione contenente acido mandelic (40%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® HANDS soluzione contenente acido tricloroacetico (20%), acido lattico (10%), acido cogico;	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® JR soluzione contenente acido salicilico (15%), acido lattico (20%), resorcina (14%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® EL soluzione contenente acido tricloroacetico (3,75%), acido lattico (15%).	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® SA soluzione contenente acido salicilico (30%);	Lotto: _____	☐ ENERPEEL® EL-PLUS soluzione contenente acido mandelic (20%), acido malico (15%), acido lattico (10%).	Lotto: _____
☐ ENERPEEL® SA-15 soluzione contenente acido salicilico (15%);	Lotto: _____		

Data di esecuzione del peeling: ____ / ____ / ____
gg mese anno

MD GT-P-20-02/Rev.1
Data creazione: 28/06/2023

N° di trattamenti previsti:	N° del trattamento in corso:	N° di strati applicati:	Tempo di applicazione prima della neutralizzazione o dilavamento:	☐ Neutralizzazione con ENERPEEL® NEU Neutralizer Wipes ☐ Dilavamento con ENERPEEL® RW Remover Wipes

DESCRIZIONE AREA CUTANEA TRATTATA

☐ A	Fronte	
☐ B	Porzione zigomatica-guanciale DESTRA (compresa la zona perioculare, il solco nasogenieno e la porzione naso-labiale)	
☐ C	Porzione zigomatica-guanciale SINISTRA (compresa la zona perioculare, il solco nasogenieno e la porzione naso-labiale)	
☐ D	Collo	
☐ E	Décolleté	
☐ F	Schiena	
☐ G	Altre parti del corpo	

TRATTAMENTI CONCOMITANTI

Altre cure e/o trattamenti in corso relativi alla problematica trattata (specificare): _____

Altre cure e/o trattamenti in corso non relativi alla problematica trattata (specificare): _____

Protocollo seguito (specificare i tempi tra un trattamento ed il successivo): _____

DESCRIZIONE DELLA COMPLICAZIONE RISCONTRATA

Data di rilevazione della complicazione ____ / ____ / ____
gg mese anno

Sintomi: _____

AREA CUTANEA	☐ A	☐ B	☐ C	☐ E	☐ F	☐ G
GRAVITÀ	☐ Lieve	☐ Moderata	☐ Media	☐ Severa		

Note: _____

È stata scattata una fotografia prima del peeling? ☐ Sì ☐ No
Si richiede di allegare a questo report copia delle fotografie scattate

È stata scattata una fotografia dopo il peeling? ☐ Sì ☐ No
Si richiede di allegare a questo report copia delle fotografie scattate

ANALISI DELLE PROBABILI CAUSE

Modalità di applicazione	☐ Probabile	☐ Improbabile	☐ Non ancora valutabile
Tipologia di ENERPEEL® utilizzato	☐ Probabile	☐ Improbabile	☐ Non ancora valutabile
Altro (specificare): _____			

La complicazione ha provocato un grave deterioramento dello stato di salute del paziente, dell'utilizzatore o di altre persone, come:

Rischio di malattia o ferita

☐ Sì ☐ No

Danneggiamento permanente di una funzione o struttura del corpo

☐ Sì ☐ No

Morte (in caso positivo, specificare la data ____/____/____)

☐ Sì ☐ No

MODALITÀ DI GESTIONE DELLA COMPLICAZIONE

Prodotto/i utilizzati e posologia: _____

Data ____/____/____
gg mese anno

_____ Timbro e firma del medico segnalatore

Si richiede cortesemente di apporre la firma e il timbro in originale dopo aver compilato e stampato il modulo **REPORT COMPLICAZIONI ENERPEEL®** in ogni sua parte.

Tale modulo deve essere inviato a General Topics s.r.l. tramite fax allo +39 0365 52 26 19 o tramite e-mail a regulatoryaffairs@general-topics.com o info@tebitech.com.

Esplicita dichiarazione: Io sottoscritto _____ dichiaro, sotto la mia responsabilità, di comunicare, con il presente modulo, dati veritieri. Sollevo, inoltre, General Topics s.r.l. da qualsiasi responsabilità diretta ed indiretta derivante dall'utilizzo improprio del Dispositivo Medico ENERPEEL®.

Data ____/____/____
gg mese anno

_____ Timbro e firma del medico segnalatore

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Ai sensi della Regolamento sulla Privacy (Regolamento UE 2016/679 e ss. mm. e ii.) informiamo che i Suoi dati saranno inseriti nella Banca Dati di cui è titolare General Topics s.r.l. Tali dati saranno utilizzati da General Topics s.r.l. esclusivamente ai soli fini di gestione interna. In qualsiasi momento potrà richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano, richiederne la cancellazione od opporsi al loro utilizzo. Gli estremi relativi al paziente inseriti nel presente modulo (iniziali, data di nascita, sesso) vengono forniti dal medico al fine di identificare, secondo le informazioni in suo possesso, il soggetto al quale si riferiscono ma non costituiscono c.d. "dato personale" per General Topics in quanto privi della possibilità di risalire all'interessato senza la collaborazione del medico, in qualità di autonomo titolare del trattamento.

Data ____/____/____
gg mese anno

_____ Timbro e firma del medico segnalatore

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA

Segnalazione proveniente da (indicare Paese): _____

N. _____

Data ____/____/____
gg mese anno

_____ Firma AR



REPORT COMPLICAZIONI ENERPEEL®