



## Formulaire d'allergies/réactions

### Information sur l'achat :

Bannière/Spa : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Personne impliquée dans la vente des produits : \_\_\_\_\_

Date de l'achat : \_\_\_\_\_

Nom de l'acheteur : \_\_\_\_\_

No. De téléphone de l'acheteur (pour suivi) :  
( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Informations sur le produit :

Marque du produit acheté \_\_\_\_\_

Nom du ou des produits concernés : \_\_\_\_\_

Code UPC : \_\_\_\_\_

Date d'expiration (si applicable) : \_\_\_\_\_

No. De lot (important pour le suivi) : \_\_\_\_\_

Date de la transaction de retour des produits: \_\_\_\_\_

### 1. Type de Réaction

- Brûlures
- Démangeaisons
- Tiraillement de la peau
- Taches
- Desquamations
- Papules / Pustules
- Cloques
- Rougeurs localisées
- Rougeurs généralisées
- Œdème
- Autres : \_\_\_\_\_

### 2. À quels endroits ces réactions sont-elles survenues?

- Sur la zone où le produit a été appliqué
- Réaction généralisée

Détails : \_\_\_\_\_

3. **Après combien de temps, à la suite de l'application, la réaction est-elle survenue et combien de temps as-t-elle duré?**

---

4. **Avez-vous des allergies connues?**

- Oui  
 Non

Si oui, lesquelles?

---

5. **Prenez-vous actuellement des médicaments?**

---

6. **Êtes-vous sous traitement (médical, esthétique, etc.)**

- Oui  
 Non

Si oui, lequel?

---

7. **Est-ce la première fois que vous utilisez ce produit ?**

- Oui  
 Non

Si non, depuis combien de temps l'utilisez-vous?

---

8. **Utilisez-vous d'autres marques de produits combinés dans la même routine impliquée dans la réaction de la peau? Lesquels?**

---

9. **Avez-vous consulté un médecin suite à la réaction ?**

- Oui  
 Non

Si oui, quelles-ont été les observations?

---

**SVP, Retourner ce document par numérisation, fax ou courrier  
à l'adresse suivante :**

Masson Ltd  
805 Rue Gaudette  
St-Jean-Sur-Richelieu, QC  
J3B 7S7  
Fax : (450) 741-7301  
[reception@massonltd.com](mailto:reception@massonltd.com)