Keamanan produk adalah prioritas utama bagi Oriflame Cosmetics, dan klaim untuk reaksi ketidakcocokan kami tanggapi dengan sangat serius. Sebagai bagian dari kewajiban hukum kami di bawah Peraturan Kosmetik Eropa No. 1223/2009, kami wajib menanggapi dan mencatat semua reaksi ketidakcocokan yang dialami oleh konsumen. Informasi yang Anda berikan sangat penting untuk membantu kami memahami penyebab pengajuan klaim Anda, sekaligus untuk mengoptimalkan profil keamanan dari merek Oriflame.

Harap diketahui bahwa segala informasi yang terdapat dalam kuesioner ini akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk penilaian kausalitas semata. Sebagai organisasi internasional, kami mungkin akan memindahkan data yang Anda berikan ke staf khusus yang dipekerjakan oleh perusahaan Oriflame yang beroperasi di luar negara tempat tinggal Anda. Oriflame memastikan bahwa data pribadi Anda akan diproses secara adil dan taat hukum sesuai dengan Petunjuk Perlindungan Data Uni Eropa 95/46/EC, dan hanya berkaitan dengan kewajiban kami untuk mencatat reaksi ketidakcocokan yang dialami oleh konsumen.

Dengan menerima ini, berarti Anda menyetujui Oriflame untuk mengumpulkan dan memproses data pribadi Anda untuk mendukung klaim ganti rugi Anda.

Setuju [ ]  Tidak Setuju [ ]

**Selamat datang di Kuesioner Oriflame untuk Reaksi Ketidakcocokan**

Harap diperhatikan bahwa seluruh pertanyaan yang ditandai dengan asterisk (\*) bersifat wajib untuk diisi.

Nomor Konsultan\*:

Nomor order\*:

Tanggal pesanan selesai\*:

1. Produk
	1. Produk

Kode Produk\*:

Nama Produk\*:

Nomor Batch:

* 1. Kategori Produk\*: (Pilih salah satu)

[ ]  Perawatan Wajah

[ ]  Perawatan Tubuh & Kaki

[ ]  Perawatan Tangan

[ ]  Produk Bibir

[ ]  Perawatan Gigi

[ ]  Make-up Mata

[ ]  Produk kuku

[ ]  Perawatan Rambut & Kulit Kepala

[ ]  Perawatan Mandi

[ ]  Perawatan Area Intim

[ ]  Wewangian

[ ]  Anti-perspirant/Deodorant

[ ]  Perawatan Penghilang Bulu

1. Informasi Pribadi

2.1. Apakah Anda yang mengalami reaksi ketidakcocokan ini sendiri? \*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

2.2. Mohon berikan detail kontak dari orang yang mengalami reaksi ketidakcocokan.\*

Nama

Alamat

Alamat 2

Kabupaten/Kota

Daerah/Provinsi

Kode Pos

Negara

Alamat Email

Nomor Telepon

2.3. Tanggal lahir\*

 DD/MM/YYYY

2.4. Jenis kelamin\*

 [ ]  Perempuan

 [ ]  Laki-laki

2.5. Jenis kulit

 [ ]  Normal

 [ ]  Berminyak

 [ ]  Kering

 [ ]  Kombinasi

 [ ]  Sensitif

2.6. Apakah Anda memiliki kondisi medis tertentu (contoh: Diabetes, Eczema, Acne, atau Konjungtivitis)?

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan

1. Penggunaan produk
	1. Sejak tanggal berapa Anda mulai menggunakan produk ini?\*

DD/MM/YYYY

* 1. Pernahkan Anda menggunakan produk ini sebelumnya?\*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

* 1. Berapa kali sehari produk ini Anda gunakan?\*

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3-4

[ ]  >4

* 1. Di area mana Anda mengaplikasikan produk ini?\*

[ ]  Kulit kepala

[ ]  Rambut

[ ]  Wajah

[ ]  Area mata

[ ]  Bibir

[ ]  Gigi

[ ]  Mulut

[ ]  Leher

[ ]  Torso (Perut, Dada, atau Punggung)

[ ]  Betis/paha

[ ]  Lengan

[ ]  Ketiak

[ ]  Tangan

[ ]  Kuku

[ ]  Kaki

[ ]  Area intim

* 1. Apakah Anda sudah berhenti menggunakan produk ini?\*

[ ]  Ya

[ ]  Belum

[ ]  Hanya menggunakan satu kali

* 1. Sejak tanggal berapa Anda berhenti menggunakan produk ini?\*

DD/MM/YYYY

* 1. Apakah Anda mengaplikasikan produk lain di area yang sama?\*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

* 1. Produk lain yang digunakan

Nama produk:

Nama produk:

Nama produk:

Nama produk:

1. Reaksi Ketidakcocokan
	1. Tanggal berapa Anda pertama kali mengalami sebuah reaksi?\*

DD/MM/YYYY

* 1. Di area mana reaksi ini terjadi?\*

[ ]  Kulit kepala

[ ]  Rambut

[ ]  Wajah

[ ]  Mata

[ ]  Kulit di sekitar area mata

[ ]  Bibir

[ ]  Gigi

[ ]  Mulut

[ ]  Leher

[ ]  Torso (Perut, Dada, atau Punggung)

[ ]  Betis/paha

[ ]  Lengan

[ ]  Ketiak

[ ]  Tangan

[ ]  Kuku

[ ]  Kaki

[ ]  Area intim

* 1. Apa reaksi yang timbul?\*

[ ]  Rasa panas/terbakar

[ ]  Kemerahan

[ ]  Gatal

[ ]  Perih

[ ]  Mengelupas

[ ]  Kulit kering

[ ]  Ruam

[ ]  Inflamasi

[ ]  Bintik/noda

[ ]  Mata berair

[ ]  Lainnya (mohon jelaskan)

* 1. Dalam hitungan berapa lama reaksi tersebut muncul setelah menggunakan produk terakhir kali?\*

[ ]  Menit

[ ]  Jam

[ ]  Hari

[ ]  Minggu

[ ]  Bulan

 [ ]  Tahun

* 1. Dalam hitungan berapa lama reaksi tersebut berlangsung?\*

[ ]  Menit

[ ]  Jam

[ ]  Hari

[ ]  Minggu

[ ]  Masih berlangsung

* 1. Apakah Anda menggunakan produk yang sama secara berulang?\*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

* 1. Apakah reaksi terjadi kembali?\*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

* 1. Apakah reaksi ini mengganggu aktivitas sehari-hari Anda?\*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

* 1. Apakah Anda berkonsultasi dengan dokter?\*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

* 1. Apakah Anda dirawat di rumah sakit?\*

[ ]  Ya

[ ]  Tidak

1. Diagnosa Medis (Lengkapi hanya jika Anda menyawab “Ya” untuk pertanyaan 4.8 sampai 4.10)
	1. Mohon tuliskan detail kontak dari tenaga medis profesional atau rumah sakit yang terkait:

Nama

Alamat

Alamat 2

Kabupaten/Kota

Daerah/Provinsi

Kode Pos

Negara

Alamat Email

Nomor Telepon

* 1. Diagnosa medis

* 1. Mohon jelaskan secara rinci perawatan yang dilakukan untuk mengatasi reaksi yang dialami

1. **Terima kasih**

Terima kasih sudah melengkapi Kuesioner Reaksi Ketidakcocokan Oriflame

Informasi yang Anda berikan akan ditinjau oleh team Keamanan Produk kami dan Anda akan mendapatkan tanggapan dalam kurun waktu 2x24 jam.

Jika memiliki pertanyaan lebih lanjut, mohon hubungi Oriflame ICare ndonesia.