ENREGISTREMENT DES CORRESPONDANTS LOCAUX
DE REACTOVIGILANCE ET DU NUMERO DE FAX D’ALERTE

## DIRECTION DE LA MAITRISE DES FLUX

## ET DES REFERENTIELS

Pôle Gestion des référentiels

#### ***A retourner par email à*** *communications.dm@ansm.sante.fr*

#### ***Merci d’en informer en parallèle votre correspondant régional de réactovigilance le cas échéant***

# 1. ETABLISSEMENT

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : …………… Ville : …………………………………………… Tél. du standard : ……………………………

N° SIRET de l’établissement : …………………………………………….

Type de structure :

[ ]  Etablissement de santé public\* ou HAD public, précisez : …………………………………………..

[ ]  Etablissement de santé privé\* ou HAD privé, précisez : …………………………………………..

[ ]  Etablissement de transfusion sanguine\*

[ ]  Laboratoire privé d’analyse de biologie médicale

[ ]  Autre, précisez : …………………………………………………………………

\* *La nomination d’un CLRV est obligatoire. Il doit être médecin ou pharmacien, doté d’une expérience en DM-DIV (Art. R. 5222-10 du code de la santé publique)*

**2. CORRESPONDANTS LOCAUX**

Adresse mail générique pour les correspondants : …………………………………………………………………………

**TITULAIRE :**

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………

Service, fonction : ………………………………………………………………………………………………………………..

Tél : …………….…..……………...…… Fax *(pour toute correspondance avec l’ANSM)* : ….……………………..…

Email : ...……….……………………………………………………….

**SUPPLEANT :**

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………

Service, fonction : ………………………………………………………………………………………………………………..

Tél : …………….…..……………...…… Fax *(pour toute correspondance avec l’ANSM)* : ….……………………..…

Email : ...……….……………………………………………………….

**SUPPLEANT :**

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………

Service, fonction :………………………………………………………………………………………………………………..

Tél : …………….…..……………...…… Fax *(pour toute correspondance avec l’ANSM)* : ….……………………..…

Email : ...……….……………………………………………………….

**3. FAX ET MAIL D’ALERTE** *Vous ne pouvez communiquer qu’un seul numéro de fax d’alerte par établissement*

Numéro du fax sur lequel vous souhaitez recevoir les alertes (obligatoire) : ……………………………..

Adresse email sur laquelle vous souhaitez recevoir les alertes : …………………………………………………………..

Le (date) : ………………………..

Le directeur de l’établissement (le correspondant local le cas échéant) :

Signature :