

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DES CORRESPONDANTS LOCAUX DE MATERIOVIGILANCE ET/OU DE REACTOVIGILANCE ET DES EMAILS D'ALERTE

A retourner par email à votre Coordonnateur Régional de Matériovigilance et Réactovigilance (CRMV) ¹
dont les coordonnées sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.mrvregionales.fr/>

Cocher s'il s'agit de l'enregistrement d'un correspondant local: Matériovigilance* Réactovigilance**

* La nomination d'un CLMV et d'au moins un suppléant est obligatoire (Art. R. 5212-12 du code de la santé publique)

** La nomination d'un CLRV est obligatoire (Art. R. 5222-10 du code de la santé publique)

1. ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement* :

Adresse :

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

Identifiant de l'établissement (n° SIRET/SIREN)* :

Type de structure* : *[cocher la case correspondante]*

- Etablissement de santé public Etablissement de santé privé Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC)

Précisez le type de structure* : *[cocher la case correspondante]*

- CHU Clinique Hôpital privé
- Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) Etablissement Français du Sang (EFS) Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)
- Centre hospitalier Hospitalisation à Domicile (HAD) Prestataire de Santé à Domicile
- Centre de dialyse Autre, précisez :

2. EMAILS D'ALERTE ²

Matériovigilance* :

Réactovigilance* :

¹ Le CRMV se chargera de transmettre ces informations à l'ARS

² Adresse mail sur laquelle vous souhaitez recevoir les messages d'alerte et informations urgentes diffusées par l'ANSM dans le cadre de ses missions nécessitant des mesures immédiates de la part de l'établissement (exemple : décision de police sanitaire, recommandations d'arrêt d'utilisation, etc.). Dans la mesure du possible, cette adresse mail doit être une adresse mail générique et non pas une adresse mail nominative afin de pouvoir être consultée de manière régulière. Ces messages d'alertes et informations urgentes seront également communiquées en parallèle aux correspondants locaux.

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DES CORRESPONDANTS LOCAUX DE MATERIOVIGILANCE ET/OU DE REACTOVIGILANCE



3. CORRESPONDANT LOCAL

MATERIOVIGILANCE :

TITULAIRE	SUPPLEANT 1	SUPPLEANT 2
Adresse mail générique pour la matériovigilance :		
NOM* :	NOM* :	NOM :
Prénom* :	Prénom* :	Prénom :
Service :	Service :	Service :
Fonction :	Fonction :	Fonction :
Téléphone* :	Téléphone* :	Téléphone :
Email* :	Email* :	Email :
Acceptez-vous que vos coordonnées soient communiquées dans le cadre de l'exercice de la vigilance ?* OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

REACTOVIGILANCE :

TITULAIRE	SUPPLEANT 1	SUPPLEANT 2
Adresse mail générique pour la réactovigilance :		
NOM* :	NOM :	NOM :
Prénom* :	Prénom :	Prénom :
Service :	Service :	Service :
Fonction :	Fonction :	Fonction :
Téléphone* :	Téléphone :	Téléphone :
Email* :	Email :	Email :
Acceptez-vous que vos coordonnées soient communiquées dans le cadre de l'exercice de la vigilance ?* OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Le (date) * :

Le directeur de l'établissement * :

Signature * :

*champs obligatoire