



Agence française de sécurité sanitaire  
des produits de santé

Direction de l'Evaluation des Médicaments et des Produits Biologiques

Département de l'Evaluation des Produits Biologiques

Cellule de Biovigilance

## FICHE D'IDENTIFICATION D'UN CORRESPONDANT LOCAL DE BIOVIGILANCE (CLB)

**A retourner par télécopie à la cellule de biovigilance de l'Afssaps au 01 55 87 34 92**

- S'agit-il :  Nomination d'un correspondant local de biovigilance  
(joindre le *curriculum vitae* du CLB)
- Modifications d'informations concernant un CLB déjà en place

### 1. ETABLISSEMENT OU STRUCTURE CONCERNE(E)

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél standard : .....

Nature de l'établissement ou de la structure :  Etabl. Public  Etabl. Privé

EfG  ETS  CHU – CHR – CHS  Hôpital local  Fabricant PTA

Banque de tissus  Labo. de thérapie cellulaire  Etabl. Pharmaceutique  Autre :

### 2. CORRESPONDANT LOCAL DE BIOVIGILANCE

Nom, Prénom : .....

Service : ..... Fonctions : .....

Tél (standard) : ..... Tél (ligne directe) : .....

Fax : ..... E-mail : .....

Etes-vous correspondant pour une autre vigilance ? Si oui, préciser laquelle.  oui  non

### 3. AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DU CORRESPONDANT LOCAL DE BIOVIGILANCE

Nom, Prénom : .....

Service : ..... Fonctions : .....

Tél (standard) : ..... Tél (ligne directe) : .....

E-mail : .....

**N° DE FAX SUR LEQUEL VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR TOUS LES DOCUMENTS URGENTS  
RELATIFS A LA BIOVIGILANCE : .....**

Fait à :

Le :

Signature et tampon du directeur de l'établissement ou de la structure (du CLB le cas échéant) :