

Formulaire relatif aux déclarations et à la communication de dispositifs médicaux pris en application de l'article R. 5211-65-1 du code de la santé publique

- Déclaration initiale**
- Déclaration modificative** (NB : ne communiquer que les rubriques modifiées)
- Communication concernant les dispositifs médicaux de classes IIa, IIb et III et DMIA**

Nombre de pages du formulaire complété adressées à l'ANSM :

Formulaire à envoyer complété à :

ANSM
Déclarations / Communications DM
143/147 Boulevard Anatole France
93285 SAINT-DENIS CEDEX

1. Identification du déclarant et/ou du communicant

NB : joindre un KBis ou document équivalent pour les sociétés n'ayant pas leur siège en France

- Dénomination sociale de l'entité ou nom et prénom pour les personnes physiques :
.....
- Forme juridique :
- Adresse du siège social :
-
- Civilité, nom, prénom et qualité de la personne engageant la responsabilité de l'entité déclarante et/ou communicante :
.....
- Effectif total du personnel :
- Numéro de SIRET ou équivalent¹ :
.....
- Nombre d'établissements ou sites de l'entité en France y compris le siège social :
- Civilité, nom, prénom et qualité de la personne chargée de la déclaration et/ou de la communication :
.....
 - Numéro de téléphone :
 - Numéro de télécopie :
 - Adresse électronique :
- Numéro de télécopie en cas d'urgence sanitaire.....

¹ n° équivalent : n° de TVA intracommunautaire pour les entreprises UE AELE, autre n° en précisant sa nature pour les pays hors UE AELE.

2- Identification des statuts du déclarant pour les déclarations faites au titre de l'article L. 5211-3-1 du code de la santé publique

Fabricant	Mandataire	Importateur	Exportateur	Distributeur	Personne se livrant à la fabrication	Personne se livrant à la stérilisation	Personne se livrant à l'assemblage	DM concernés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM sur mesure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe I stérile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe I mesurage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe I stérile et mesurage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe IIa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe IIb
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe III
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DMIA

3. Identification des fabricants pour les déclarations ou les communications qui ne sont pas faites par un fabricant

NB : les mandataires, les distributeurs, les importateurs et les exportateurs, déclarants et/ou communicants, indiqueront ci-dessous le nom, l'adresse et le numéro d'identification (Siret ou équivalent¹) du siège social des fabricants des dispositifs médicaux concernés et de leur mandataire si le déclarant ou le communicant n'est pas le mandataire et si le fabricant a son siège social hors UE AELE. Joindre autant de feuilles que nécessaire

- Fabricant 1 :
- Mandataire du fabricant 1 :
- Fabricant 2 :
- Mandataire du fabricant 2 :
- Fabricant 3 :
- Mandataire du fabricant 3 :
- Fabricant 4 :
- Mandataire du fabricant 4 :

4- Identification des établissements pour les déclarations faites au titre de l'article L. 5211-3-1 du code de la santé publique (NB : joindre autant de tableaux que nécessaire)

- Nom et/ou n° de l'établissement :
- Adresse :
- Civilité, nom, prénom et qualité du responsable de l'établissement s'il y a lieu :
- Numéro de téléphone :
- Numéro de télécopie :
- Adresse électronique :
- Numéro SIRET ou équivalent¹ :

Activités de fabrication	Activités d'importation	Activités d'exportation	Activités de distribution	Activités de stérilisation	Activités d'assemblage	DM concernés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM sur mesure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe IIa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe IIb
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe III
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DMIA

- Nom et/ou n° de l'établissement :
- Adresse :
- Civilité, nom, prénom et qualité du responsable de l'établissement s'il y a lieu :
- Numéro de téléphone :
- Numéro de télécopie :
- Adresse électronique :
- Numéro SIRET ou équivalent¹ :

Activités de fabrication	Activités d'importation	Activités d'exportation	Activités de distribution	Activités de stérilisation	Activités d'assemblage	DM concernés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM sur mesure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe IIa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe IIb
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DM classe III
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DMIA

5- Identification des dispositifs médicaux :

Important : cette rubrique n'est à remplir que dans les cas mentionnés dans les 2 encadrés figurant aux points 5.1 et 5.2. Joindre autant de tableaux que nécessaire pour l'identification des produits.

5.1 Déclaration faite au titre de l'article R. 5211-65 du code de la santé publique : fabricants ou mandataires de DM de classe I, Is (stérile), Im (fonction de mesurage), Ism, de DM fabriqués sur mesure, personnes qui assemblent des dispositifs médicaux en vue de constituer un nouveau dispositif, personnes qui stérilisent des dispositifs médicaux en vue de les mettre sur le marché, systèmes ou nécessaires en vue de leur mise sur le marché, ayant leur siège social en France :

- joindre à la déclaration :
 - un exemplaire de la déclaration CE de conformité, sauf pour les DM sur mesure;
 - une copie du certificat de marquage CE délivré par l'organisme notifié pour les DM de classe Is, Im, Ism ;
 - une notice d'instruction ou une brochure commerciale ;
- pour les DM de classe I, indiquer s'ils sont de classe Is, Im, Ism.

Statut du déclarant : fabricant : mandataire :

NB : si le déclarant n'est pas le fabricant, faire référence dans la colonne fabricant aux numéros des fabricants mentionnés au point 3 du formulaire

Fabricant	Dénomination commerciale	Dénomination commune et/ou destination du DM et code GMDN	Classe	N° Organisme notifié

6- Identification de la personne en charge de la matériovigilance :

NB : la partie 6 n'est à remplir que par les fabricants et les mandataires de fabricants (article R.5212-13 du code de la santé publique)

- Civilité, nom et prénom :
- Qualité ou fonction :
- Adresse postale :
-
- Adresse électronique :
- Numéro de téléphone :
- Numéro de télécopie :
- Numéro de télécopie en cas d'urgence sanitaire

7- Autres informations :

Date de la déclaration et/ou de la communication:

Déclarant et/ou communicant (nom, prénom, qualité ou fonction, signature, cachet) :