

**FORMULAIRE DE DECLARATION DE LA FIN D'UNE RECHERCHE BIOMEDICALE PORTANT
SUR UN MEDICAMENT A USAGE HUMAIN AUPRES DE L'AGENCE FRANCAISE DE
SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE ET D'UN COMITE DE PROTECTION DES
PERSONNES**

FFE
280806

**PARTIE A COMPLETER PAR L'AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE
SANTE (Afssaps) / LE COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES (CPP)**

Date de réception de la déclaration :

Référence attribuée par l'Afssaps :

Référence attribuée par le CPP :

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

A. ETAT MEMBRE DANS LEQUEL LA DECLARATION EST SOUMISE : FRANCE

B. IDENTIFICATION DE L'ESSAI CLINIQUE

B.1 Numéro EudraCT : 2010-022440-20

B.2 Numéro de code du protocole de l'essai attribué par le promoteur : 10-PP-11

**B.3 Titre complet de l'essai clinique : Traitement des angiomes plans de l'enfant par laser à colorant
pulsé et timolol gel (Nyogel LP 0,1%) Etude contrôlée multicentrique**

C. IDENTIFICATION DU DECLARANT (cocher les cases appropriées)


C.1	DECLARANT AUPRES DE L'AFSSAPS	<input checked="" type="checkbox"/>
C.1.1	Promoteur	<input checked="" type="checkbox"/>
C.1.2	Représentant légal du promoteur	<input type="checkbox"/>
C.1.3	Personne ou organisme délégué par le promoteur pour soumettre la demande	<input type="checkbox"/>
C.1.4	Compléter ci-après :	
C.1.4.1	Organisme : CHU de Nice	
C.1.4.2	Nom de la personne à contacter : Mme CAILLON Cynthia - Département de la Recherche Clinique et	
C.1.4.3	de l'Innovation	
C.1.4.4	Adresse : Hôpital de Cimiez- 4 avenue Reine Victoria - 06 001 Nice	
C.1.4.5	Numéro de téléphone : 04 92 03 45 89	
C.1.4.6	Numéro de télécopie : 04 92 03 40 75	
C.1.4.7	Mél : caillon.c@chu-nice.fr	
C.2	DECLARANT AUPRES DU CPP	<input type="checkbox"/>
C.2.1	Promoteur	<input type="checkbox"/>
C.2.2	Représentant légal du promoteur	<input type="checkbox"/>
C.2.3	Personne ou organisme délégué par le promoteur pour soumettre la demande	<input type="checkbox"/>
C.2.4	Investigateur chargé de soumettre la demande, si applicable ¹	
	• Investigateur coordonnateur (en cas d'essai multicentrique)	
	• Investigateur principal (en cas d'essai monocentrique)	
C.2.5	Compléter ci-après :	
C.2.5.1	Organisme :	
C.2.5.2	Nom :	
C.2.5.3	Adresse :	
C.2.5.4	Numéro de téléphone :	
C.2.5.5	Numéro de télécopie :	
C.2.5.6	Mél :	

¹ Selon les dispositions législatives nationales.

D. FIN DE L'ESSAI

D.1	S'agit-il de la fin de l'essai en France ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
D.1.1	Si oui, préciser la date (JJ/MM/AAAA) :		
D.2	S'agit-il de la fin de l'essai dans tous les pays concernés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
D.2.1	Si oui, préciser la date (JJ/MM/AAAA) :		
D.3	S'agit-il d'un arrêt anticipé de l'essai ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D.3.1	Si oui, préciser la date (JJ/MM/AAAA) :		
D.3.2	Quels sont les motifs de l'arrêt anticipé ?		
D.3.2.1	Sécurité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D.3.2.2	Manque d'efficacité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D.3.2.3	Essai non débuté	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D.3.2.4	Autre	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
D.3.3	Si oui à l'une des questions ci-dessus, apporter les précisions suivantes, brièvement, en pièce jointe à ce formulaire (texte libre) :		
D.3.3.1	la justification de l'arrêt anticipé de l'essai ;		
D.3.3.2	le nombre de personnes en France recevant le traitement au jour de l'arrêt anticipé de l'essai et la prise en charge envisagée de ces personnes ;		
D.3.3.3	les conséquences de l'arrêt anticipé au regard de l'évaluation des résultats et de l'évaluation du rapport des bénéfices et des risques du médicament expérimental.		

E. SIGNATURE DU DECLARANT EN FRANCE

E.1	Par la présente, j'atteste / j'atteste au nom du promoteur (biffer la mention inutile) que :		
	<ul style="list-style-type: none">les informations fournies ci-dessus à l'appui de cette déclaration sont exactes ;un résumé du rapport final de l'essai sera transmis à l'Afssaps dès que possible et au plus tard 1 an après la fin de l'essai dans tous les pays concernés.		
E.2	DECLARANT AUPRES DE L'AFSSAPS (tel qu'indiqué en C.1) <input checked="" type="checkbox"/>		
E.2.1	Date : 21/09/2012		
E.2.2	Signature : 		
E.2.3	Nom : Stéphane SWEERTVAEGHER		
E.3	DECLARANT AUPRES DU CPP (tel qu'indiqué en C.2) <input type="checkbox"/>		
E.3.1	Date :		
E.3.2	Signature :		
E.3.3	Nom :		