

Avis de transfert d'agents pathogènes

Donateur

Nom de l'établissement

Nom du donateur

Adresse

Ville

Prov.

Code postal

Description du matériel qui sera transféré

Groupe de risque: _____

- ☐ Pathogène humain
☐ Tissu humain/cellule/fluide corporel
☐ Pathogène animal
☐ Tissu animal /cellules/fluide corporel
☐ Pathogène végétal
☐ Agent pathogène d'animaux aquatiques
☐ Toxines
☐ rDNA/ microorganisme génétiquement modifié
☐ Autres : _____

Volume de l'échantillon transféré : _____

Nom ET Signature du donateur

NOM:

Signature:

Date:

AGENT(E) DE SÉCURITÉ BIOLOGIQUE de l'établissement du donateur

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel: _____

Signature

Destinataire

Nom de l'établissement

Nom du destinataire

Adresse

Ville

Prov.

Code postal

Numéro(s) ou nom(s) des locaux où les agents pathogènes seront manipulés ou entreposés

Est-ce que le destinataire est conforme avec le programme de biosécurité institutionnel ? O ☐ N ☐

Est-ce que le matériel transféré peut être utilisé et entreposé selon les normes établies par l'ASPC/NCB? O ☐ N ☐

Nom ET Signature du destinataire

NOM:

Signature:

Date:

AGENT(E) DE SÉCURITÉ BIOLOGIQUE du destinataire

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Signature