|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPUBLIQUE DU CAMEROUN**PAIX - TRAVAIL - PATRIE |  | **REPUBLIC OF CAMEROON**PEACE – WORK - FATHERLAND |
| -------------------- | -------------------- |
| **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE** | **MINISTRY OF PUBLIC HEALTH** |
| -------------------- | -------------------- |
| SECRETARIAT GENERAL | SECRETARIAT GENERAL |
| -------------------- | -------------------- |
| DIRECTION DE LA PHARMACIE, DU  MEDICAMENT ET DES LABORATOIRES | DEPARTMENT OF PHARMACY, DRUGS AND LABORATORIES |
| -------------------- | -------------------- |

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’HOMOLOGATION DES MEDICAMENTS ISSUS DE LA PHARMACOPEE TRADITIONNELLE**

Type de demande : Octroi Renouvellement variation

N° de dépôt de dossier : Date de dépôt :

Dénomination spéciale du produit : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dénomination(s) Commune(s) Internationale(s)--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Présentation(Forme pharmaceutique, dosage, conditionnement primaire, quantité) -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

voie d’administration ----------------------------------------------------------------------------------------------------------Composition qualitative et quantitative complète du produit : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Catégorie du médicament\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe(s) thérapeutique(s) : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indications thérapeutiques du produit : -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------Mécanisme d’action du produit--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse complète du fabricant : --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse du site de fabrication et du conditionnement : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- Adresse du site de contrôle qualité ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse complète du demandeur/Futur titulaire : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom et adresse de l’exploitant : -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom et adresse du représentant du demandeur au Cameroun : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Durée de vie du produit (en mois) : ------------------------------------------------------------------------------------

Prix grossiste hors taxe du pays d’origine(FCFA) : ------------------------------------------------------------------

Prix Public du Cameroun(FCFA) :----------------------------------------------------------------------------------------

Fait le, à : ---------------------------------------------

Visa :