|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**

Type de demande : Octroi Renouvellement variation

N° de dépôt de dossier : Date de dépôt :

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

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

Dénomination(s) Commune(s) Internationale(s) : ----------------------------------------------------------------------Liste : -----------------------------------------------------------------------------------------------------

Composition qualitative et quantitative complète du produit : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Indications thérapeutiques du produit : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mécanisme d’action du produit : ------------------------------------------------------------------------------------------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voie d’administration : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

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

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

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

Nom et adresse du pharmacien (inscrit à l’ordre) interlocuteur 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 :