|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANSM -** Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  **Demande d’autorisation portant sur les psychotropes pour les établissements pharmaceutiques ou vétérinaires en dehors du cadre de leur autorisation d’ouverture** | | | | **Formulaire à adresser à :**  ANSM  Direction NEURHO  Equipe STUP (133)  143/147 bd Anatole France  93285 Saint Denis Cedex |
| **Requérant qui sera responsable des opérations effectuées sur les psychotropes :**  Nom :  Qualité :  Coordonnées :  *1. Joindre une copie du certificat d’inscription à l’Ordre des pharmaciens ou des vétérinaires*  *2. Si le requérant est le pharmacien ou le vétérinaire adjoint ou délégué, joindre la délégation de pouvoir du pharmacien responsable (PR) ou du vétérinaire responsable (VR) cosignée par le requérant relative à la gestion des psychotropes*  **S’agit-il d’une première demande : ☐ OUI ☐ NON**  □ Si non, Indiquer le numéro de l’autorisation précédente : | | | | |
| **Nom de l’établissement pharmaceutique (EP) ou vétérinaire (EV) :**  *Joindre une copie de l’autorisation d’ouverture de l’établissement pharmaceutique ou vétérinaire délivrée par l’ANSM ou l’ANSES* | | | | |
| **Adresse où seront détenus et mis en œuvre les psychotropes :** | | | | |
| **Description des opérations effectuées :** | | | | |
| *Justifier l’utilisation et les quantités mises en œuvre* | | | | |
| **Dénomination des psychotropes** | **Quantité** | | **Nom et adresse du fournisseur** | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| **Conditions sécurisées de stockage** | | | | |
| **Modalités de gestion des psychotropes**  *Joindre la procédure de gestion en vigueur, le cas échant pour la première demande ou en cas de modification* | | | | |
| **Date et signature du requérant** | | **Signature du PR ou VR en cas de 1ère demande** | | |