|  |  |
| --- | --- |
| **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 :** ANSMDirection NEURHOEquipe STUP (133)143/147 bd Anatole France93285 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** |