

Tous les champs sont obligatoires. Veuillez à la lisibilité des informations.

Document à faxer à l'ANSM, à la direction concernée.

Pour garantir le traitement de votre demande dans les meilleurs délais, utilisez ce formulaire électronique disponible sur www.ansm.sante.fr

Onco/Hémato/Néphro	01 55 87 34 52	Cardio/Endocrino/Gynéco/Uro	01 55 87 30 53
Neuro/Psy/Antalgie/Rhumato/Pneumo/ORL/Oph	01 55 87 33 32	Anti-infectieux/Gastro-Hépat/Dermato/Mal.métab.rares	01 55 87 34 02
Médicaments Dérivés du Sang (MDS) et analogues recombinants/immunosérums/vaccins			01 55 87 34 92

<p>► Patient</p> <p>NOM (3 prem. lettres) <input type="text"/> PRENOM (2 prem. lettres) <input type="text"/></p> <p>Date de naissance(JJ/MM/AAAA) <input type="text"/></p> <p>Poids <input type="text"/> Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <hr/> <p>► Médicament demandé</p> <p>NOM/DCI <input type="text"/></p> <p>Forme et dosage <input type="text"/></p> <p>Posologie <input type="text"/></p> <p>Durée demandée <input type="text"/></p> <p>Association thérapeutique prévue ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, laquelle <input type="text"/></p> <hr/> <p>► Informations supplémentaires en cas de renouvellement</p> <p>Date de début du traitement (JJ/MM/AAAA) <input type="text"/></p> <p>Données relatives à l'efficacité du traitement instauré</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>Des effets indésirables ont-ils été observés ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ► Précisez (nature, intensité, durée...)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>Si oui, avez-vous déclaré cet effet indésirable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non www.ansm.sante.fr</p>	<p>► Indication/Pathologie/Domaine thérapeutique pour lesquels est demandée l'ATU</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>► Justification de la demande (pathologie, histoire clinique du patient, traitement(s) antérieur(s) et leur durée, traitement(s) actuel(s), absence d'alternatives thérapeutiques, ...) Joindre toutes pièces utiles.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>
<p>Partie réservée au médecin prescripteur</p> <p>NOM <input type="text"/> Service <input type="text"/></p> <p>Tél <input type="text"/> Date, signature et cachet</p> <p>Fax <input type="text"/></p> <p>Email <input type="text"/></p> <p>Je m'engage à informer le patient désigné ci-dessus sur le médicament et la portée exacte de l'autorisation. Je m'engage à fournir à l'ANSM toute information relative à l'efficacité et à la tolérance du médicament pour ce patient.</p>	<p>Partie réservée au pharmacien de l'établissement de Santé</p> <p>NOM <input type="text"/> Date, signature et cachet</p> <p>Tél <input type="text"/></p> <p>Fax <input type="text"/></p> <p>Email <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Initiation</p> <p><input type="checkbox"/> Renouvellement ► n° ATU précédente <input type="text"/></p>