

Démarche : TEST - Déclaration ventes inhabituelles de médicaments ARS

Organisme : ORGANISME TEST

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

ATTENTION DEMARCHE DE TEST

Les dossiers sont automatiquement supprimés

"La surveillance des ventes inhabituelles de ces médicaments et, le cas échéant, leur signalement sont notamment prévus dans les bonnes pratiques de distribution en gros des médicaments à usage humain (point 5.3 de la décision du Directeur général de l'ANSM du 20 février 2014 relative aux bonnes pratiques de distribution en gros de médicaments à usage humain et modifiant l'arrêté du 30 juin 2000).

La convention-cadre en date du JJ/MM/AAAA conclue entre l'ANSM et le CNOP prévoit de renforcer la maîtrise des risques liés à la vente inhabituelle de médicaments.

Dans ce cadre les pharmaciens responsables (PR) des établissements pharmaceutiques ayant un statut d'exploitant ou grossiste répartiteur doivent déclarer à l'ANSM ou à l'ARS concernée leur vente inhabituelle de médicaments en utilisant les formulaires disponible sur ce site"

DECLARANT

NOM Prénom du Pharmacien Responsable

Civilité

☐ Mme

☐ M.

NOM Prénom du déclarant

Fonction du déclarant

TEST - Déclaration ventes inhabituelles de médicaments ARS

Téléphone du déclarant

Mail du déclarant

Dénomination établissement du déclarant

Adresse établissement du déclarant

Département établissement du déclarant

Statut du déclarant

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Exploitant

☐ Grossiste

☐ Dépositaire

SIGNALEMENT

Opérateur concerné

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Officine

☐ Pharmacie à usage intérieur

☐ Distributeur

☐ Autre

Nom opérateur concerné

Adresse

Département

ARS référente

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ ARS Auvergne-Rhône-Alpes

☐ ARS Bourgogne-Franche-Comté

TEST - Déclaration ventes inhabituelles de médicaments ARS

- ☐ ARS Bretagne
- ☐ ARS Centre-Val de Loire
- ☐ ARS Corse
- ☐ ARS Grand Est
- ☐ ARS Guadeloupe
- ☐ ARS Guyane
- ☐ ARS Hauts-de-France
- ☐ ARS Ile-de-France
- ☐ ARS Martinique
- ☐ ARS Normandie
- ☐ ARS Nouvelle-Aquitaine
- ☐ ARS Occitanie
- ☐ ARS Océan Indien
- ☐ ARS Pays de la Loire
- ☐ ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

PRODUIT CONCERNE

DCI du produit concerné

Exemple :
Morphine
Méthadone
Buprenorphine

Dénomination de la(les) spécialité(s) concernée(s)

Si plusieurs spécialités sont concernées, saisir les items en les séparant avec un tiret.
Exemple : ACTISKENAN 10 mg, gélule - ACTISKENAN 20 mg gélule

CIP

Si plusieurs codes CIP sont concernés, saisir les items en les séparant avec un tiret.
Exemple : 3332224445556 - 3335556667778

Quantité concernée

Si plusieurs quantités sont concernées, saisir les items en les séparant avec un tiret.
Exemple : 10 boîtes de ACTISKENAN 10 mg gélule - 5 boîtes de ACTISKENAN 20 mg gélule

TEST - Déclaration ventes inhabituelles de médicaments ARS

Description du signalement

Investigations/Actions

Pièces jointes

Justificatifs

Nom de la PJ

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Uploader la PJ

Nom de la PJ

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Uploader la PJ

Nom de la PJ

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Uploader la PJ