

**DÉPARTEMENT DES FINANCES
ET DE LA SANTÉ**SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
PHARMACIENNE CANTONALE**Formulaire de demande de renouvellement
d'autorisation cantonale de mise sur le marché (AMM)
d'une formule propre, médicament non soumis à
ordonnance (art 9, alinéa 2, lettre c, LPT_h)**Timbre de la
pharmacie/droguerie**Dénomination de la formule propre:**

Par sa signature, le pharmacien, respectivement le droguiste, responsable atteste qu'aucune modification n'a été apportée, ni dans la composition, ni dans aucun autre des éléments de l'autorisation cantonale de mise sur le marché durant sa période de validité.

Il certifie que la demande de renouvellement de l'AMM correspond en tout point à la demande initiale en termes de composition, indications, étiquetage, fabrication et autres éléments figurant sur l'AMM.

En cas de modifications d'un ou plusieurs éléments figurant sur l'AMM, un nouveau formulaire de demande initiale d'AMM doit préalablement être transmis à la pharmacienne cantonale. Ce document sera dûment et intégralement complété.

Avant d'adresser sa demande de renouvellement, le requérant doit s'assurer que la formule propre est conforme aux exigences fixées dans la ligne directrice romande pour l'AMM cantonale des formules propres à usage humain entrée en vigueur le 1er juillet 2020 et qui est consultable sur le site de la pharmacienne cantonale.

La pharmacienne cantonale se réserve le droit de demander au requérant toute information ou document complémentaire qui s'avèreraient indispensable à l'examen de la demande de renouvellement.

Pour rappel, toute AMM cantonale devient automatiquement caduque si l'une des conditions du règlement n'est pas respectée ou si l'un de ses éléments est modifié.

Lieu et date de la demande:

Nom du pharmacien,
resp. droguiste, responsable:Signature du pharmacien,
resp. droguiste, responsable: