

Compléter un formulaire par DIN

Indiquer  Original ou  Modification

1 APPELLATION(S) ET USAGE(S) DU MÉDICAMENT

Appellation commerciale : \_\_\_\_\_

Appellation générique : \_\_\_\_\_

Usage(s) thérapeutique(s) approuvé(s) : \_\_\_\_\_

par Santé Canada : \_\_\_\_\_

Humain  Sous ordonnance (S'agissant d'un médicament destiné à l'usage humain qui contient une substance désignée au sens de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou mentionnée ou décrite aux annexes C ou D de la *Loi sur les aliments et drogues* ou à l'annexe F du *Règlement sur les aliments et drogues*)

OU

OU  En vente libre (S'agissant d'un médicament destiné à l'usage humain qui ne contient pas une substance désignée au sens de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou mentionnée ou décrite aux annexes C ou D de la *Loi sur les aliments et drogues* ou à l'annexe F du *Règlement sur les aliments et drogues*)

Vétérinaire

2 AVIS DE CONFORMITÉ

1<sup>er</sup> avis de conformité

A	M	J

Indiquer si  Programme d'accès spécial  
nécessaire ou  Application pour essai clinique ou Drogue de recherche

3 NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE DROGUE (DIN)

Numéro d'identification de drogue	Forme posologique	Concentration/Unité

4 DATE DE PREMIÈRE VENTE

Date de 1<sup>ère</sup> vente

A	M	J

5 MONOGRAPHIE DE PRODUIT

Monographie de produit (copie incluse) OU  Ébauche de monographie de produit (copie incluse)

Autre (copie incluse)

6 NUMÉRO DE BREVET DES INVENTIONS DU BREVETÉ, OU DE L'ANCIEN BREVETÉ, LIÉES AU MÉDICAMENT

Numéro de brevet	Date d'octroi	Date d'expiration
	A M J 	A M J 
	A M J 	A M J 
	A M J 	A M J 
	A M J 	A M J 
	A M J 	A M J 

7 NUMÉRO D'APPLICATION DE BREVET DES INVENTIONS DU BREVETÉ LIÉES AU MÉDICAMENT

Numéro d'application de brevet	Date de soumission de l'application
	A M J 

8 BREVETÉ, OU ANCIEN BREVETÉ, SOUMETTANT LES RENSEIGNEMENTS

Nom du breveté		
Adresse du breveté		
Indiquer si le breveté soumettant les renseignements est :		
<input type="checkbox"/> le titulaire du brevet	<input type="checkbox"/> le titulaire d'une licence	<input type="checkbox"/> autre (préciser) _____

9 CERTIFIÉ PAR : (conformément à l'article du *Règlement sur les médicaments brevetés*)

<b>Par la présente je certifie que les renseignements présentés sont exacts</b>		
Signature du breveté soumettant les renseignements, de l'ancien breveté ou de son dirigeant:		
Titre :		
Date :		
Téléphone : ( ) - Télécopieur ( ) -		
Courriel :		