



**WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION  
MONDIALE DE LA SANTE**

**Request for an international nonproprietary name (INN)  
Demande de dénomination commune internationale (DCI)**  
*Fee: US\$ 34000 (for details see overleaf)*

Applicant *Demandeur*

Authority *Autorité*

**For completion by WHO  
A remplir par l'OMS**

Request No:

Date:

Copies forwarded:

Date:

Payment received:

Date of cheque:

Acknowledged:

Address / *adresse*:

Address / *adresse*:

We hereby request the World Health Organization to establish a free and unrestricted INN for the pharmaceutical substance described below.

*L'OMS est priée de bien vouloir établir une DCI à usage libre pour la substance pharmaceutique en question.*

**SUGGESTED NAMES (in order of preference):**

*DENOMINATIONS PROPOSEES (par ordre de préférence)*

1.....  
2.....  
3.....

**CHEMICAL NAME OR DESCRIPTION (INCLUDING STEREOCHEMICAL INFORMATION):**

*NOM OU DESCRIPTION CHIMIQUE (Y COMPRIS L'INFORMATION SUR LA STÉRÉOCHIMIE)*

**GRAPHIC FORMULA (INCLUDING AMINO ACID OR DNA SEQUENCES IN ELECTRONIC FORMAT) :**

*FORMULE GRAPHIQUE (Y COMPRIS LES SÉQUENCES D'ACIDES AMINÉS OU D'ADN EN FORMAT ÉLECTRONIQUE):*

**MOLECULAR FORMULA:**

*FORMULE BRUTE*

**CHEMICAL ABSTRACTS SERVICE (CAS) REGISTRY NUMBER:**

*NUMERO DU REGISTRE CAS*

**TRADE NAME (known or contemplated):**

*NOM COMMERCIAL (connu ou envisagé)*

**ANY OTHER NAME OR CODE:**

*AUTRE NOM OU CODE*

**PRINCIPAL THERAPEUTIC USES AND POSOLOGY; PHARMACOLOGICAL ACTION:**

*UTILITE THÉRAPEUTIQUE ET POSOLOGIE; ACTION PHARMACOLOGIQUE*

*Additional information may be given overleaf/Toute information complémentaire à fournir au verso.  
Conditions and Explanatory Notes overleaf/Conditions et notes explicatives au verso.*

1. The process of selecting an INN should be initiated during that period of investigation when the compound is undergoing clinical study in human subjects. **Please indicate the date when clinical trials began:**

*La procédure de sélection d'une DCI débute pendant la période d'investigation au cours de laquelle la substance fait l'objet d'études cliniques sur des sujets humains. **Veillez indiquer à quelle date ont débuté les essais cliniques:***

2. This proposal is made on the understanding that insofar as is known, none of the suggested names is either registered or pending registration.

*En présentant cette proposition, le signataire déclare qu'à sa connaissance aucune des dénominations suggérées n'a été déposée ou n'est sur le point de l'être.*

3. Permission is granted to the WHO Secretariat to include a Chemical Abstract Name and registry number for the compound, its corresponding free acid, base or alcohol. **N.B.: A letter from Chemical Abstracts Service confirming the CAS Registry Number and the CA Index Name needs to be submitted by originators of requests together with the INN application form.**  
*L'autorisation est accordée à l'OMS, par la présente, d'inclure le nom et le numéro attribués par le Chemical Abstracts Service à la substance faisant l'objet de la demande ou à l'acide libre, base ou alcool correspondant. N.B.: Une lettre du Chemical Abstracts Service confirmant le numéro de registre du CAS et le nom du CAS doit être présentée par le requérant pour chaque demande de DCI en même temps que la soumission de la demande.*

**ADDITIONAL COMMENTS:**

REMARQUES

Date .....

Signature (.....)

...

The processing of a request for an International Nonproprietary Name (INN) is subject to the payment of a fixed fee of **US\$ 12000**. (No other currency is accepted and any bank charges/transaction fees/taxes should be covered by the applicant). Payment by bank transfer or by bankers certified cheque must be included with each request and should be made payable by:

**Bank transfer:** UBS SWITZERLAND AG  
Rue des Noirettes 35  
CH-1227 Carouge, Switzerland

USD Account: 240 C0 169 920 3  
USD Account IBAN: CH31 0024 0240 C01699203  
Swift code: UBSWCHZH80A

**Any bank fees/taxes should be covered by the applicant.**

**For USA Applicants:** Wells Fargo Bank  
420 Montgomery Street  
San Francisco, CA 94104  
USA

**PLEASE ENSURE OUR REFERENCE NUMBER IS QUOTED ON PAYMENT:**

**INN-CoMP-67251**

*No request for an INN will be processed without payment having been received by WHO.*

The INN form (signed hard copy) must be received by the WHO INN Secretariat at least the week following the deadline.