

**1. DENOMINATION DU MEDICAMENT**

**LACHESIS COMPLEXE N°122, solution buvable en gouttes**

**2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**

Lachesis mutus 10 DH.....	6
ml	
Kalium carbonicum 6 DH.....	6
ml	
Bryonia 4 DH.....	6 ml
Cactus grandiflorus 3 DH.....	6
ml	
Glonoinum 8 DH.....	6 ml

pour 30 ml de solution buvable en gouttes.

Excipient à effet notoire : éthanol à 45% (V/V).

Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1.

**3. FORME PHARMACEUTIQUE**

Solution buvable en gouttes.

**4. DONNEES CLINIQUES**

**4.1. Indications thérapeutiques**

Médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans les troubles fonctionnels de la ménopause (bouffées de chaleur, trouble de l'humeur, céphalées et palpitations).

**4.2. Posologie et mode d'administration**

**Posologie**

Médicament réservé à l'adulte.

20 gouttes 3 fois par jour.

Durée de traitement : 1 mois, renouvelable sur avis médical.

**Mode d'administration**

Voie sublinguale.

A prendre dans un peu d'eau à distance des repas, garder quelques instants sous la langue avant d'avalier.

Espacer les prises dès amélioration et cesser les prises à disparition des symptômes.

### 4.3. Contre-indications

- Enfants.
- Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1.

### 4.4. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

- Ce médicament contient 45 % de vol d'éthanol (alcool), c.-à-d. jusqu'à 178 mg par dose (20 gouttes), ce qui équivaut à 4,4 ml de bière, 1,8 ml de vin par dose.
- Dangereux en cas d'utilisation chez les personnes alcooliques.
- À prendre en compte chez les femmes enceintes ou allaitant, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

### 4.5. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions

Sans objet.

### 4.6. Fertilité, grossesse et allaitement

Sans objet.

### 4.7. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines

Sans objet.

### 4.8. Effets indésirables

#### Déclaration des effets indésirables suspectés

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet : [www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr).

### 4.9. Surdosage

Sans objet.

## 5. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES

### 5.1. Propriétés pharmacodynamiques

**Classe pharmacothérapeutique : Médicament homéopathique.**

En l'absence de données scientifiques, l'indication de ce médicament repose sur l'usage homéopathique traditionnel de ses composants.

## **5.2. Propriétés pharmacocinétiques**

Sans objet.

## **5.3. Données de sécurité préclinique**

Sans objet.

## **6. DONNEES PHARMACEUTIQUES**

### **6.1. Liste des excipients**

Ethanol, eau purifiée utilisés comme véhicules pour les montées en dilutions des différentes souches.

### **6.2. Incompatibilités**

Sans objet.

### **6.3. Durée de conservation**

5 ans avant ouverture.

2 ans après première ouverture.

### **6.4. Précautions particulières de conservation**

Tenir le flacon soigneusement fermé.

Pas de précautions particulières de conservation.

### **6.5. Nature et contenu de l'emballage extérieur**

Boîte en carton contenant un flacon en verre jaune de 30 ml muni d'un compte-gouttes.

### **6.6. Précautions particulières d'élimination et de manipulation**

Pas d'exigences particulières.

## **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE**

### **LABORATOIRES LEHNING**

3 RUE DU PETIT MARAIS

57640 SAINTE-BARBE

FRANCE

[Tel, fax, e-Mail : à compléter ultérieurement par le titulaire]

## **8. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE**

34009 340 165 6 1 : 1 flacon de 30 ml muni d'un compte-gouttes.

## **9. DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION**

[à compléter ultérieurement par le titulaire]

## **10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE**

[à compléter ultérieurement par le titulaire]

#### **11. DOSIMETRIE**

Sans objet.

#### **12. INSTRUCTIONS POUR LA PREPARATION DES RADIOPHARMACEUTIQUES**

Sans objet.

## **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE**

Médicament non soumis à prescription médicale.