****

**Modalités de déclaration de l’activité de vaccination par les pharmaciens d’officine**

****La déclaration comporte les éléments fixés par [décret n°2019-357 du 23 avril 2019](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038409863&categorieLien=id) :

* Le nom de l'officine ou de la pharmacie mutualiste ou de secours minière et l'adresse où elle se situe.
* Les nom et prénom d'exercice et l'identifiant personnel (N° RPPS) de chacun des pharmaciens exerçant au sein de l'officine ou de la pharmacie mutualiste ou de secours minière qui peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A.
* L’attestation sur l’honneur du pharmacien titulaire de conformité au cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter (cf. p. 3) ;
* Les attestations de formation délivrée par l’organisme ou la structure de formation pour chacun des pharmaciens exerçant dans l’officine et souhaitant pratiquer la vaccination ; chaque attestation devra comporter les informations ci-dessous :
* Mention attestant de la conformité aux objectifs pédagogiques définis par [l’annexe de l’arrêté du 23 avril 2019](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038409892&fastPos=1&fastReqId=2109288596&categorieLien=id&oldAction=rechTexte) ;
* Numéro d’enregistrement de l’organisme ou la structure de formation auprès de l’agence nationale du développement professionnel continu ;
* Numéro d’enregistrement de l’action de développement professionnel continu ;

**Comment déclarer ?**

Adressez votre déclaration d'activité auprès du Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d’Azur.

Par lettre recommandée avec avis de réception à :

**Monsieur le Directeur général de l’Agence régionale de santé**

**Département Pharmacie et Biologie**

**Immeuble M’Square – 132 boulevard de Paris – CS 50039**

**13331 Marseille cedex 03**

**Démarrage de la vaccination**

L'activité de vaccination peut commencer dès réception du courrier de confirmation de l’ARS.

**Déclaration de l’activité de vaccination par les pharmaciens d’officine**

Nom de l’officine :

Adresse de l’officine:

Numéro de licence de l’officine :

Adresse mail :

Téléphone :

Nom / Prénom / N°RPPS des pharmaciens pouvant effectuer la vaccination :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | N°RPPS |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Attestation sur l’honneur du pharmacien titulaire de conformité au cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination**

Nom et prénom du/des pharmacien(s) titulaire(s):

……………………………………………………………………………………………………………

Adresse de l’officine:

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………

J’atteste par la présente que les conditions de vaccination au sein de mon officine sont conformes aux dispositions de [l’arrêté du 23 avril 2019 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l’activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par les pharmaciens d’officine](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038409892&fastPos=4&fastReqId=1087206627&categorieLien=id&oldAction=rechTexte).

Je déclare respecter le cahier des charges et :

- disposer de locaux adaptés pour assurer la vaccination comprenant un espace de confidentialité clos pour mener l'entretien préalable, accessible depuis l'espace client, sans accès possible aux médicaments ;

- disposer d'équipements adaptés comportant une table ou un bureau, des chaises et/ou un fauteuil pour installer la personne pour l'injection ;

- disposer d'un point d'eau pour le lavage des mains ou de solution hydro-alcoolique ;

- disposer d'une enceinte réfrigérée pour le stockage des vaccins ;

- disposer de matériel nécessaire pour l'injection du vaccin et d'une trousse de première urgence ;

- éliminer les déchets d'activité de soins à risque infectieux produits dans ce cadre, conformément aux dispositions des articles R. 1335-1 et suivants du code de la santé publique.

Je m’engage à respecter les conditions de traçabilité définies à [l’article R. 5125-33-9 du code de la santé publique](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0FF4EE979ABB105D2908D4A81366CED4.tplgfr23s_2?idArticle=LEGIARTI000038412816&cidTexte=LEGITEXT000006072665).

Fait à

Le

Signature du/des pharmacien(s) titulaire(s)