



FORMULAIRE DE DÉCLARATION RELATIF À LA VACCINATION

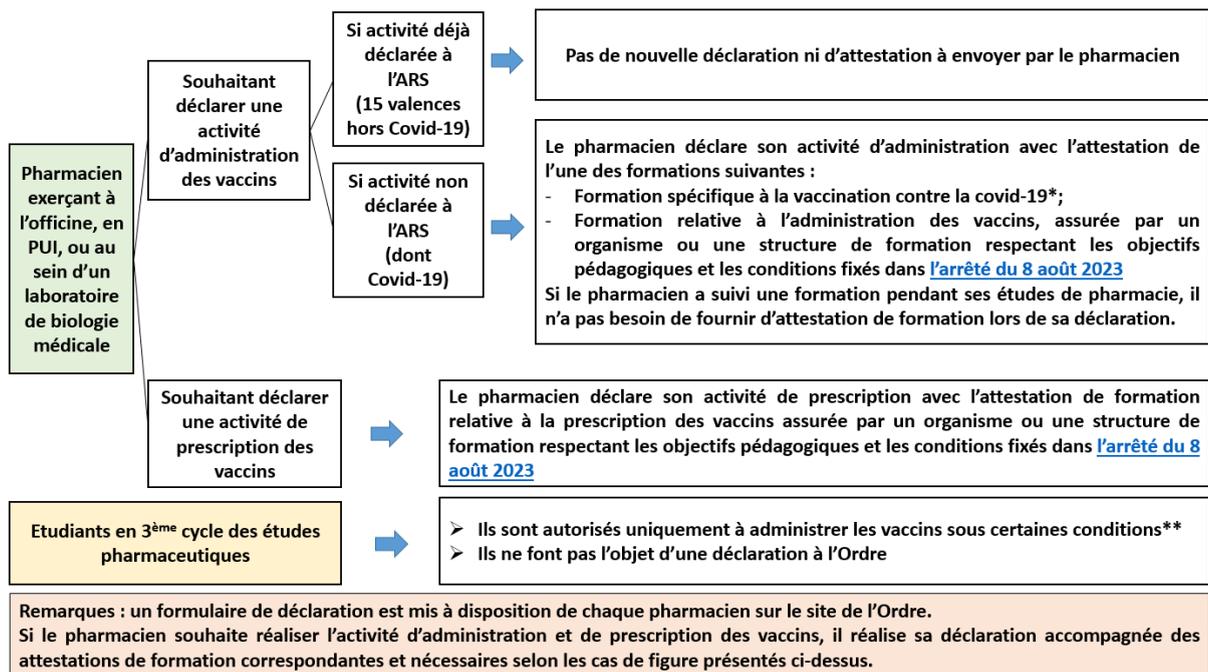
INFORMATIONS IMPORTANTES À LIRE AVANT DE FAIRE LA DÉCLARATION

- Le présent formulaire est à compléter individuellement par chaque pharmacien qui souhaite avoir une activité d'administration et / ou de prescription de vaccins, en renseignant ses propres coordonnées.
- Celui-ci est identique quel que soit votre conseil d'appartenance.
- Il doit être retourné accompagné des attestations requises, auprès de votre Conseil de l'Ordre compétent par mail, aux adresses suivantes :
 - Pour les pharmaciens titulaires inscrits au titre de la section A, exerçant en métropole, auprès de votre conseil régional :
 - CROP Auvergne-Rhône-Alpes : vaccination-crop-aura@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Bourgogne-Franche-Comté : vaccination-crop-bfc@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Bretagne : vaccination-crop-bretagne@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Centre-Val-de-Loire : vaccination-crop-cvdl@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Grand-Est : vaccination-crop-ge@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Hauts-de-France : vaccination-crop-hdf@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Ile-de-France : vaccination-crop-idf@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Normandie : vaccination-crop-normandie@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Nouvelle-Aquitaine : vaccination-crop-na@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Occitanie : vaccination-crop-occitanie@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse : vaccination-crop-pc@ordre.pharmacien.fr
 - CROP Pays-de-la-Loire : vaccination-crop-pdl@ordre.pharmacien.fr
 - Pour les pharmaciens adjoints d'officine, intérimaires, mutualistes ou miniers, remplaçants le titulaire ou pharmaciens gérants après décès, gérants d'une pharmacie mutualiste ou minière, de métropole, auprès du conseil central de la section D : vaccination-ccd@ordre.pharmacien.fr
 - Pour les pharmaciens exerçant en laboratoire de biologie médicale, en métropole auprès du conseil central de la section G : vaccination-ccg@ordre.pharmacien.fr
 - Pour les pharmaciens exerçant en PUI, dans les établissements de santé, médico-sociaux ou les services d'incendie et de secours, auprès de la section H : vaccination-cch@ordre.pharmacien.fr
 - Pour les pharmaciens d'Outre-Mer, auprès du conseil central de la section E : vaccination-cce@ordre.pharmacien.fr



FORMULAIRE DE DÉCLARATION RELATIF À LA VACCINATION

Les modalités de déclaration sont détaillées ci-après :



* Formation spécifique à la vaccination contre la Covid-19, dispensée et attestée par un professionnel de santé formé à l'administration des vaccins

** Les étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques régulièrement inscrits dans une UFR de sciences pharmaceutiques ou, le cas échéant, dans une UFR médicale et pharmaceutique peuvent administrer des vaccins, dans le cadre d'un stage et sous la supervision du maître de stage ou dans le cadre d'un remplacement sous réserve d'avoir suivi les enseignements théoriques et pratiques relatifs à la vaccination dans le cadre de leur formation initiale, ou la formation spécifique à la vaccination contre la covid-19

- À la réception de cette déclaration, votre conseil compétent évaluera votre dossier et reviendra vers vous pour confirmer ou non la validité de celui-ci.



FORMULAIRE DE DÉCLARATION RELATIF À LA VACCINATION

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse mail de contact : _____

Numéro RPPS : _____

Numéro Ordinal : _____

Je suis inscrit(e) au tableau de l'Ordre :

En métropole, en tant que

Pharmacien titulaire d'officine dans la région :

Auvergne-Rhône-Alpes

Île-de-France

Bourgogne-Franche-Comté

Normandie

Bretagne

Nouvelle-Aquitaine

Centre-Val de Loire

Occitanie

Grand-Est

Pays de la Loire

Hauts-de-France

Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse

Pharmacien adjoint d'officine, intérimaire, mutualiste ou minier, remplaçant le titulaire ou pharmacien gérant après décès, gérant d'une pharmacie mutualiste ou minière en section D

Pharmacien hospitalier en section H

Pharmacien biologiste médical en section G

En outre-mer en section E

Je déclare réaliser une activité de :

Administration

Déjà déclarée à l'ARS entre 2018 et août 2023 (pas d'attestation à fournir)

Déclarée ce jour par le présent formulaire. Dans ce cas, merci de préciser dans quel cadre la formation a été suivie en cochant l'une des cases ci-dessous.

Formation à l'administration :

En formation initiale durant les études de pharmacie (pas d'attestation à fournir)

En formation continue par un organisme de formation¹ (joindre une attestation uniquement si non déclarée à l'ARS)

Dans le cadre spécifique de la vaccination COVID-19 (joindre une attestation)

Prescription

Formation à la prescription :

En formation continue par un organisme de formation¹ (joindre une attestation)

¹ conforme aux objectifs pédagogiques de la formation à suivre par certains professionnels de santé fixés par l'arrêté du 8 août 2023 pris en application des articles R. 4311-5-1, R. 5125-33-8, R. 5126-9-1 et R. 6212-2 du CSP



FORMULAIRE DE DÉCLARATION RELATIF À LA VACCINATION

Pour rappel, ces activités de prescription / d'administration / de prescription et d'administration sont exercées dans une structure respectant le cahier des charges relatifs aux conditions techniques pour exercer l'activité de vaccination² et dont le contenu est précisé à l'article 1er de l'arrêté du 8 août 2023 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 certains professionnels de santé en application des articles R. 4311-5-1, R. 5125-33-8, R. 5126-9-1 et R. 6212-2 du code de la santé publique.

Selon le décret n° 2023-736 du 8 août 2023, ces activités ne peuvent être réalisées par les étudiants en troisième cycle des études de pharmacie ou par les pharmaciens uniquement dans une pharmacie d'officine, une pharmacie à usage intérieur ou un laboratoire de biologie médicale.

Date et Signature

² Les conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination sont les suivantes :

- 1° De locaux adaptés pour assurer la vaccination comprenant un espace de confidentialité pour mener l'entretien préalable, sans accès possible aux médicaments ;
- 2° D'équipements adaptés comportant une table ou un bureau, d'une chaise ou d'un fauteuil pour installer la personne pour l'injection ;
- 3° D'un point d'eau pour le lavage des mains ou de solution hydro-alcoolique ;
- 4° D'une enceinte réfrigérée avec enregistrement et monitoring de la température pour le stockage des vaccins s'agissant des pharmacies d'officine, mutualistes ou de secours minières et des pharmacies à usage intérieur ;
- 5° Du matériel nécessaire pour l'injection du vaccin et d'une trousse de première urgence ;
- 6° Des dispositions prises pour 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 même code ;
- 7° Du matériel informatique nécessaire à la traçabilité des vaccinations réalisées et l'accès aux outils dématérialisés de partage et de stockage de documents, notamment le dossier médical partagé et l'espace numérique de santé



FORMULAIRE DE DÉCLARATION RELATIF À LA VACCINATION

Mention d'information RGPD – déclaration des activités de vaccination à l'Ordre

Vos données personnelles sont traitées par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) afin de recueillir les déclarations d'activité de vaccination des pharmaciens. Ce traitement se fonde sur les articles R.5125-33-8, R. 5126-9-1 et R. 6212-2 du code de la santé publique introduits par le Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques.

Le recueil des éléments nécessaires à la déclaration est obligatoire quels que soient le support et le canal de déclaration utilisés. Les réponses aux demandes d'informations sont obligatoires, en application des dispositions précitées du code de la santé publique. A défaut de réponse de votre part, votre déclaration d'activité de vaccination ne sera pas confirmée et vous ne pourrez pas exercer cette activité.

Vos données sont conservées pendant toute la durée de votre exercice. Le CNOP est susceptible de réutiliser les données relatives aux activités de vaccination afin de produire des statistiques sur le fondement de son intérêt légitime.

Conformément au Règlement européen général sur la protection des données personnelles (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de vos données personnelles ou de limitation de leur traitement en adressant un courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@ordre.pharmacien.fr.

Vous disposez également, si vous l'estimez nécessaire, du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).