

Déclaration d'une activité de vaccination en pharmacie
en application de l'article R.5125-33-8 du code de la santé publique

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITE
AU CAHIER DES CHARGES**

Cahier des charges

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 :

« Art. 1er. – Le cahier des charges à respecter mentionné au 1o du III de l'article R. 5125-33-8 du code de la santé publique comporte les conditions suivantes :

- 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 même code.

Attestation sur l'honneur :

Si un seul pharmacien titulaire ou gérant :

Je, soussigné(e)(s)
atteste sur l'honneur que l'activité de vaccination s'exercera au sein de ma pharmacie en conformité avec le cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer cette activité, fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Si plusieurs pharmaciens co-titulaires ou co-gérants :

Nous, soussigné(e)s _____ et _____,
attestons sur notre honneur que l'activité de vaccination s'exercera au sein de notre pharmacie en conformité avec le cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer cette activité, fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Fait à _____, le _____

Signature de tous les pharmaciens titulaires ou gérants :