



**Document unique de déclaration d'équipe pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération national autorisé**

*Conformément au IX de l'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Madame [Nom, prénom] : \_\_\_\_\_

Monsieur [Nom, prénom] : \_\_\_\_\_

Docteur [Nom, prénom] : \_\_\_\_\_

[Adresse courriel du référent] : \_\_\_\_\_

**Référent** pour la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) :  
[Localité, département, région] \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Je déclare** l'engagement dans la mise en œuvre du (des) protocole (s) national (aux) de coopération suivants [cocher la ou les cases correspondantes] :

- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*

**des professionnels de santé mentionnés** dans le tableau ci-après [liste non exhaustives] :

Nom	Prénom	Profession	N° RPPS / ADELI

.../...



**Je certifie sur l'honneur** que ces professionnels ont validé la formation théorique et la formation pratique exigées pour la mise en œuvre de ce protocole et ont acquis les compétences spécifiques attendues.

**Je m'engage à :**

- Signaler toute modification relative aux membres de l'équipe engagée dans la mise en œuvre du protocole ;
- Transmettre sans délai à l'agence régionale de santé de mon territoire d'exercice et au comité national des coopérations interprofessionnelles (à l'adresse [scomite-coop-ps@sante.gouv.fr](mailto:scomite-coop-ps@sante.gouv.fr) ) les éventuels événements indésirables déclarés par les professionnels ou les patients lors de la mise en œuvre du ou des protocole (s) de coopération nationaux.

Fait à [VILLE], le [DATE].  
Signature du référent