

Déclaration d'une activité de vaccination en pharmacie

Le présent formulaire vous permet de déclarer à l'Agence régionale de santé Hauts-De-France une activité de vaccination, en application de l'article R.5125-33-8 du code de la santé publique.

Cette démarche ne concerne que les officines de pharmacie et pharmacies mutualistes implantées dans la région Hauts-De-France.

Textes de référence :

- Article L.5125-1-1-A 9°
- Article R.5125-33-8 du code de la santé publique ;
- Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine
- 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
- Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste et les conditions des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer et donnant lieu à la tarification d'honoraire en application du 14° de l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique

Informations sur l'établissement

Identité des demandeurs :

NOM et Prénom du/des pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant(s) d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière responsable du site

- *Les noms et prénoms de l'ensemble des pharmaciens demandeurs doivent être indiqués (pharmaciens titulaires ou pharmaciens gérants)
(si plusieurs titulaires pour une même officine ils doivent tous déclarer l'activité de vaccination même s'ils ne sont pas tous vaccinateurs)*

Nom de la pharmacie

- *Le nom de la pharmacie (enseigne commerciale, etc.) si différent de la raison sociale liée au SIRET doit être renseigné*

Adresse de la pharmacie où s'effectueront les vaccinations

Département

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Coordonnées de contact de l'officine

Courrier électronique de contact

- L'adresse électronique à laquelle l'officine ou pharmacie mutualiste peut être contactée (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées) est indiquée

Numéro de téléphone de la pharmacie *

Pièces à fournir

Liste des pharmaciens pouvant effectuer des vaccinations

NOM	Prénom	Identifiant RPPS	Pharmacien ayant suivi un enseignement relatif à la vaccination dans le cadre de sa formation initiale (cocher si oui)

- Pharmaciens en exercice au sein de la pharmacie qui peuvent effectuer les vaccinations :
- Nom, prénom d'exercice et identifiant RPPS de chaque pharmacien.
- Il doit être précisé pour chacun de ces pharmaciens si le pharmacien a suivi un enseignement relatif à la vaccination dans le cadre de sa formation initiale.

Attestation de conformité au cahier des charges

- Attestation sur l'honneur, co-signée par tous les pharmaciens titulaires ou gérants de la pharmacie, de conformité au cahier des charges fixé par arrêté ministériel, concernant les conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination
- Sur le modèle d'attestation sur l'honneur de conformité au cahier des charges téléchargeable sur le site www.hauts-de-france.ars.sante.fr

Attestations de formation des pharmaciens

Nombre d'attestations fournies :

- *Pour chaque pharmacien en exercice au sein de la pharmacie qui peut effectuer les vaccinations et n'ayant pas suivi d'enseignement relation à la vaccination dans le cadre de sa formation initiale : une attestation délivrée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques fixés par arrêté ministériel.*
- L'attestation fournie mentionne nécessairement le numéro d'enregistrement de l'organisme ou de la structure auprès de l'agence nationale du DPC et le numéro d'enregistrement de l'action de DPC sur le site de cette agence.