

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 :

## 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 <b>(cocher si oui)</b>

- *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](http://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.