

**Déclaration de l'activité de vaccination par les pharmaciens
d'officine
Décret n°2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les
pharmaciens d'officine**

***La déclaration est à adresser par lettre recommandée avec accusé
de réception à :***

**ARS de Guyane - 66 avenue des flamboyants – CS 40 696 -
97 336 Cayenne**

Contacts : 0594 25 72 48 - ars-guyane-omedit@ars.sante.fr

Date :

Nom de l'officine et Titulaire(s) :

Adresse de l'officine :

Adresse mail :

Téléphone :

Nom / Prénom / N°RPPS des pharmaciens pouvant effectuer la vaccination (***Cf. tableau ci-
dessous à compléter***)

L'ATTESTATION DE FORMATION est à joindre avec la Déclaration

Nom	Prénom	N°RPPS	Numéro / Date d'ATTESTATION DE FORMATION <u>A joindre</u>

Pour les Pharmaciens adjoints, il est important de vérifier au préalable que l'Inscription au tableau de l'Ordre en section E, est à jour et qu'ils sont bien inscrits pour l'officine où ils vont vacciner.

L'activité de vaccination peut commencer dès confirmation de la réception de cette déclaration par l'ARS

Attestation sur l'honneur du/des pharmacien(s) titulaire(s) de conformité au cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination

Nom et prénom du/des pharmacien(s) titulaire(s):

.....

Adresse de l'officine:

.....

.....

J'atteste par la présente que les conditions de vaccination au sein de mon officine sont conformes aux dispositions de [l'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.](#)

Je déclare respecter le cahier des charges et :

- 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 code de la santé publique.

Je m'engage à respecter les conditions de traçabilité définies à [l'article R. 5125-33-9 du code de la santé publique.](#)

Fait à

Le

Signature **du/des pharmacien(s) titulaire(s)**