

**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](mailto: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)**