Modalités de déclaration de l'activité de vaccination
Relais ambulatoires

Déclaration de l'activité de vaccination par les professionnels de santé en ville

Nom de la structure :

Adresse de la structure :

Numéro de licence de la structure/ numéro d'identification professionnelle :

Forfait dont bénéficie la structure : Paiement forfaitaire par la CPAM ? Paiement à la vacation ?

Adresse mail :

Téléphone :

Nom / Prénom / N°RPPS du/des effecteurs/professionnels de santé titulaire(s) :

Nom	Prénom	N°RPPS/Professionnel

Attestation sur l'honneur de conformité au cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination

Nom et prénom du/des effecteurs/professionnels de santé titulaire(s) :

……

Adresse de la structure et n° d'identification :

……

……

J'atteste par la présente que les conditions de vaccination au sein de ma structure de soin sont conformes aux dispositions suivantes :

Je déclare respecter le cahier des charges et :

- réaliser au moins 200 vaccinations par mois au sein de la structure de soins ;
- 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 effecteurs/professionnels de santé titulaire(s) :