**Professionnel de santé libéral volontaire pour accéder à l’expérimentation**

 **Vaccination anti-covid /Vaccin Pfizer-BioNTech COMIRNATY®**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom**: **Prénom** :  |  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profession**: □ Médecin  |  □ Médecin du travail  | □ Pharmacien □ Infirmier  |

 |   |  |
| **Commune d’exercice** : Nom de la Pharmacie d’officine :

|  |  |
| --- | --- |
| Tel :  | Mail :  |

 |  |  |
| **N°** | **Points d’attention** | **OUI NON** |
| 1 | Je dispose d’un kit de prise en charge d’un choc anaphylactique et de la [procédure nationale](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_-_conduite_a_tenir_en_cas_d_anaphylaxie.pdf).  |  |
| 2 | J’organise mes rendez-vous vaccinaux sur des plages dédiées permettant de planifier la commande de vaccin chaque début de semaine.Je regroupe mes consultations de vaccination afin d’éviter toute perte (1 flacon reconstitué = 6 à 7 doses est stable 6h). |  |
| 3 | Je m’organise pour une récupération quotidienne du vaccin auprès du pharmacien d’officine en respectant la chaine de froid (transport dans une pochette réfrigérée entre +2 et +8 °C).Je colle sur chaque seringue préparée l’étiquette avec l’heure limite d’utilisation (max 6h après préparation).Je m’engage à ne pas utiliser de doses reconstituées depuis plus de 6h et à ne pas stocker de flacon au-delà de la journée. |  |
| 4 | *Pour les pharmaciens au sein de l’officine* : je dispose d’un système qualifié d’enregistrement continu de la température avec alarme opérationnel au sein de mon réfrigérateur. |  |
| 5 | J’utilise le questionnaire pré-vaccinal pour respecter les contre-indications au vaccin. |  |
| 6 | Je respecte la [procédure de reconstitution du vaccin](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_-_preparation_et_modalites_d_injection_du_vaccin_comirnaty.pdf)et les modalités me permettant d’extraire 6 à 7 doses par flacon. |  |
| 7 | Je mets en place au sein du cabinet, de l’officine ou à domicile une surveillance du patient vacciné en respectant les gestes barrières en vigueur (notamment de distanciation entre patients).Temps de surveillance :* D’au moins 15 min après l’injection
* D’au moins 45 min à une heure si antécédents particuliers
 |  |
| 8 | Je m’assure que le deuxième rendez-vous est programmé pour la deuxième injection du patient en respectant les délais préconisés par les dernières recommandations nationales. |  |
| 9 | Je mets à jour le Système d’information national SI-VAC pendant la consultation, j’édite et je remets le certificat de vaccination à mon patient. |  |
| 10 | Je remets au patient la fiche information lui permettant de connaitre les effets indésirables : [guide personne vaccinée](https://ansm.sante.fr/uploads/2021/04/22/20210422-covid-19-affiche-patients-2.pdf). |  |

Fait à : Date : Signature :