

Annexe 42-4 du Livre IV de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie

Historique :

Créé par : Arrêté n° 2022-1725/GNC du 20 juillet 2022 portant modification du livre IV de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique dans sa version applicable à la Nouvelle-Calédonie (vaccination par les pharmaciens)

JONC du 26 juillet 2022
Page 13969

Attestation sur l'honneur de conformité au cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination par les pharmaciens
(à remplir par le(s) pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant, 1 fiche par pharmacie)

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

.....

Adresse de la pharmacie:

.....
.....

Adresse mail :

Téléphone :

J'atteste par la présente que les conditions de vaccination au sein de mon officine sont conformes aux dispositions prévues aux articles Lp. 4221-4 et R. 4221-8, et disposer d'une formation validante pour exercer cette activité.

J'atteste également :

- ✓ disposer de locaux adaptés pour assurer l'acte de vaccination comprenant un espace de confidentialité pour mener l'entretien préalable, accessible depuis l'espace client ;
- ✓ disposer d'équipements adaptés comportant une table ou un bureau, des chaises et /ou un fauteuil pour installer la personne pour l'injection, un point d'eau pour le lavage des mains, du matériel pour la désinfection des mains, une enceinte réfrigérée pour le stockage des vaccins (respectant les dispositions réglementaires applicables en matière de chaîne du froid) ;
- ✓ disposer de matériel nécessaire pour l'injection des vaccins et d'une trousse de première urgence ;
- ✓ éliminer les déchets d'activité de soins à risque infectieux produits dans ce cadre, conformément à la réglementation en vigueur.

Je m'engage à :

- ✓ respecter le résumé des caractéristiques du produit des vaccins administrés et les recommandations des autorités sanitaires, le cas échéant ;
- ✓ à s'assurer de l'éligibilité des patients à la vaccination.

A..... le

Signature du/de(s) pharmaciens titulaire(s) :

| |
|----------|
| Cachet : |
|----------|