

**Attestation sur l'honneur du pharmacien titulaire 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):

.....  
[Nom de l'officine] : .....  
[Adresse de l'officine] : .....  
.....  
[code postal] : ..... [ville] : .....

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)

[vARS971/2019/07]