

Caractéristiques du centre de santé : Centre municipal de santé, médical composé de 3 MG et 2 secrétaires

Caractéristiques de son implantation : Commune de plus de 20 000 habitants, située en zone d'action complémentaire

★ **ORGANISATION PREALABLE**

- Création d'un nouveau planning vaccinal
- Etablir la liste des patients déclarés médecin traitant au centre de santé dont la tranche d'âge correspond à la phase de vaccination avec la requête sur le logiciel métier
- Recueil du consentement de ces patients par chaque médecin
- Priorisation sur le dossier médical
- Contact avec la CPAM pour obtenir les informations pour la facturation
- Enregistrement des cotations sur le logiciel métier
- Préparation d'une fiche observation par patient
- Scanner la fiche d'observation vaccination COVID et la fiche de traçabilité dans le dossier de chaque patient
- Inscrire dans la fiche patient le mot clé : vacciné(e) covid CMS 1^{ère} dose ou Vacciné(e) covid CMS 2^{nde} dose

★ **PREREQUIS**

- Vérifier avant chaque journée de vaccination le stylo injection ANAPEN 300 à disposition dans la salle de consultation en cas de choc anaphylactique (cf. jointe n°1)
- Tensiomètre
- Stéthoscope
- Saturomètre
- Boîte DASRI

★ **CONSULTATION**

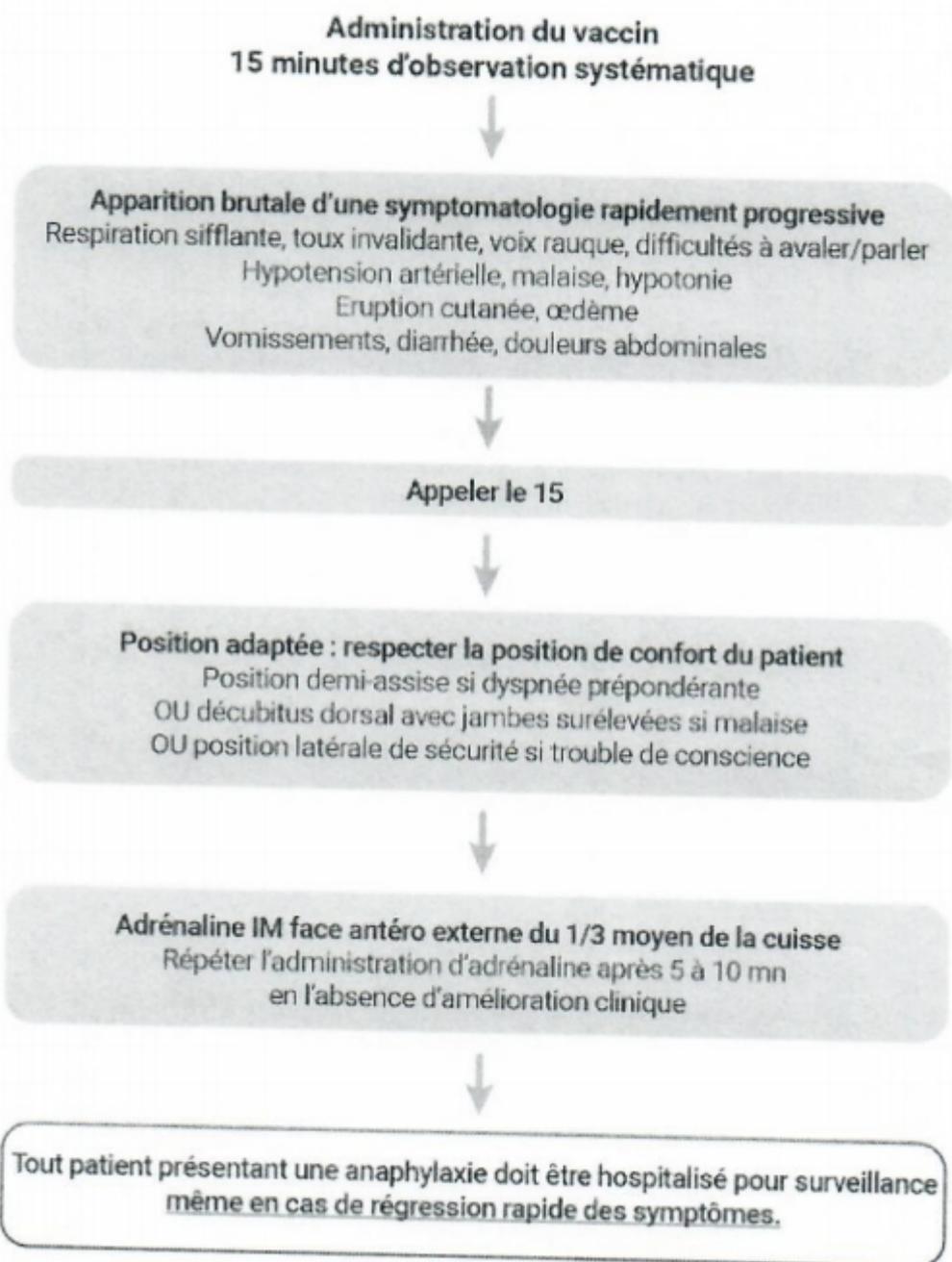
- Prise en charge du patient par le médecin en charge de la vaccination
- Contrôle des constantes avant l'injection inscrite sur la fiche d'observation (cf. pièce jointe n°2)
- Injection
- Saisie de la vaccination via le téléservice sur le site AMELIPRO : <https://vaccination-covid.ameli.fr> pour la traçabilité
- Edition de la fiche de traçabilité vaccinale pour le patient (cf. pièce jointe n°3)
- Surveillance du patient au centre de santé dans la salle d'attente pendant 15 min.
- Reprise des constantes du patient selon les recommandations de l'HAS notées dans la fiche de renseignement

- Consignes données au patient en cas d'état grippal et/ou d'effets indésirables d'appeler au centre de santé aux horaires d'ouverture ou le 15 après 20h et le week-end
- Donner rendez-vous au patient pour la 2nde injection
- Informer le patient des coordonnées du site Internet sur lequel il doit s'enregistrer en cas d'effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

★ **PIECES JOINTES**

■ **N°1**

Prise en charge initiale de l'anaphylaxie par le vaccinateur
(adapté des Recommandations 2016 de la Société française de médecine d'urgence).



FICHE OBSERVATION vaccination COVID (ASTRA ZENECA)

NOM Prénom..... Date.....

Date de naissance.....

Tél.....

EXAMEN CLINIQUE			Heure de la Consultation _____
Tension Artérielle _____	Pouls _____	Saturation _____	
Site d'injection _____	Nom Vaccin _____	N° du lot _____	
observations _____			
SURVEILLANCE			Heure de départ _____
Tension Artérielle _____	Pouls _____	Saturation _____	
observations _____			

Consignes d'appeler le CMS pendant les heures d'ouvertures ou le 15 soir et week end si problème

VALIDATION et SIGNATURE du Médecin

Données télétransmises à l'Assurance Maladie Vaccination contre la Covid-19

*Exemplaire à conserver
par le patient
(à apporter lors de
chaque vaccination)*

Patient(e)

Numéro d'immatriculation : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Code du patient * : _____
 *Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination

Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

Informations de l'ordonnance	Éligibilité à la vaccination
<p>Prescripteur :</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ N° RPPS/ADELI : _____ N° AM/FINESS : _____</p> <p>Date de l'ordonnance : _____ Vaccin(s) non préconisé(s) : _____</p>	<p>Déclare l'éligibilité :</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ N° RPPS/ADELI : _____ N° AM/FINESS : _____</p> <p>Date d'éligibilité : _____</p>

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné _____
 avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19,
 l'avoir vacciné pour : _____ avec le vaccin : _____
 issu du lot : _____ à/au : _____
 Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le/la : _____

<p style="text-align: center;">Identification du vaccinateur (nom et prénom)</p> <p>Identifiant : _____</p>	<p>Date : _____</p> <p>Signature : _____</p>
--	--

Vous pouvez déclarer vos éventuels effets indésirables sur le portail <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « Si Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur <https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>

Pour plus d'informations sur la vaccination : www.ameli.fr