amelipro

Vaccin COVID

Guide des fonctionnalités du service

Version 4 du 04/02/2021





• Le système d'information mis en œuvre par la Cnam a pour finalité de permettre la préparation, la gestion et le suivi de la campagne de vaccination contre la COVID-19.

Il s'agit principalement de permettre :

Niveau 1 – Le ciblage



L'identification des populations concernées par la stratégie de vaccination en déclinaison des recommandations émises par la HAS au travers de son schéma de priorisation. Ces recommandations décrivent une vaccination en plusieurs phases successives afin de tenir compte de la capacité progressive à vacciner notamment en raison des conditions de disponibilité des vaccins.

Niveau 2 – Le suivi du cycle vaccinal

Le suivi du cycle vaccinal par les professionnels de santé selon des étapes définies par le ministère de la santé :



- L'éligibilité à la vaccination du patient par un professionnel de santé.
- La réalisation de la vaccination en un ou plusieurs stades avec la saisie des différentes informations : dénomination du vaccin, numéro de lot du vaccin, rang vaccinal, zone d'injection du vaccin, date et lieu de l'injection, nom de professionnel de santé réalisant l'acte...



Le téléservice Vaccin COVID permet dorénavant de récupérer les informations relatives au patient à partir de la lecture de sa carte Vitale



- Seule la connexion par carte CPS permet d'accéder au téléservice Vaccin COVID
- Si le professionnel de santé se connecte par login / mot de passe à amelipro, il est informé par une bannière que le téléservice n'est accessible que par une identification par carte CPS
- Le lien du téléservice est placé dans la rubrique « Activités » de l'espace amelipro
- À date seuls les médecins sont autorisés à accéder au téléservice via amelipro



] Plus d'information sur la connexion Pro Santé Connect sur le site de l'ANS : https://esante.gouv.fr/securite/e-cps

Connecte	z-vous	
Application e-CPS	Carte CPS	
Vous pouvez vous connecter a ce : mobile e 989900004856 C Mémorser mon identifiant sur ce pos	ccPS.	
999900004856	™	

		Matadie		
VACCIN COVID			Dr. Médecin GENERAL	ISTE 💄 -
Ve	Uillez sélectionner la structur HOPTIAL GENERQUE 1 28, R DE FARIS 75020 - FARIS 20 AMIFINESS - 990002131	e evec lesquelle vous souhaitez v NOPITAL GENERIQUE 2 20, R DE MONTREUIL 75020 - PAIRS 20 AMJEINESS : 990002242	ous connecter à Contact Covid. Sis, CHE DU MAS DE BOCHET SHI70 CASTEINAU LE LEZ AM/FINESS : 991040403	

- Il est également possible de se connecter par l'intermédiaire de Pro Santé Connect : <u>https://vaccination-covid.ameli.fr/</u>
- En cas de problème de connexion ou d'utilisation du téléservice :
 - En exercice libéral, vous devez joindre le 3608
 - Si vous êtes salarié ou effectuez une vacation dans un établissement ou un centre de vaccination vous pouvez joindre le 0800 08 12 07

- Lorsqu'un professionnel de santé exerce au sein de plusieurs structures, il sélectionne le lieu d'activité qui correspond à sa situation au moment de la connexion au téléservice
- À date seuls les médecins sont autorisés à accéder au téléservice via Pro Santé Connect



Déclarer l'éligibilité d'un patient à la vaccination	P10
2 Enregistrer la 1 ^{ère} vaccination d'un patient	P13
3 Enregistrer la 2 ^{nde} vaccination d'un patient	P16

4 Contacter l'assistance Vaccin COVID



P19

Rechercher un patient – 1 sur 2

lentifier un patient		
O Saisissez son code patient :	Ou saisissez son NIR :	
	13 caractères	
	Réinitialiser	
	nt váran ú nulu) professionnalia) da anntá aprurant la pripa an charas affa	thus the national party is realization of
- Le recharche d'un nationt et l'accès aux données es	AT TREETINE ADDATE THE DRESS HARDENESS TOP SALDE ASSUMPTION OF THESE PROVIDED AND A DESCRIPTION OF THE SALDEN AND A DESCRIPTION OF THE SALDENCE AND A DESCRIPTION OF T	aive du patient pour la realisation de
La recherche d'un patient et l'accès aux données et la vaccination contre la Covid 19 (consultation préali	lable et vaccination). Toute recherche et accès illégitimes peuvent implique	r des sanctions.
La recherche d'un patient et l'accès aux données es la vaccination contre la Covid 19 (consultation préal	lable et vaccination). Toute recherche et accès illégitimes peuvent implique	r des sanctions.
La recherche d'un patient et l'accès aux données es la vaccination contre la Covid 19 (consultation préal	lable et vaccination). Toute recherche et accès illégitimes peuvent implique	r des sanctions.

- Une fois connecté au téléservice, il est possible de rechercher un patient :
 - Soit à partir de son code de ciblage (Ce code est reçu par les patients suite aux campagnes de ciblage susceptibles d'être mises en place par l'Assurance Maladie pour les personnes prioritaires)
 - Soit à partir de son Numéro de sécurité sociale (NIR) (que le patient ait été ciblé ou non)

À date, le téléservice ne permet pas la saisie de la déclaration d'éligibilité et de la vaccination pour les patients n'ayant ni code de ciblage ni NIR



Rechercher un patient – 2 sur 2

🖨 amelipro	(Assurance		
VACCIN COVID	mataole	Dr. M	edecin GENERALISTE
Identifier un patient			
O Saisissez son code patient :	Ou saisissez son NIR :	RECI	IERCHER
Veuillez préciser le membre de la famille concerné :			
Franck Votre patient vous autorise à accéder à son dossier.	1	né le	>
née Votre patient vous autorise à accéder à son dossier.	2	née le	>
La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) profe la vaccination contre la Covid 19 (consultation préalable et vaccination).	ssionnel(s) de santé assurant la prise en Toute recherche et accès illégitimes peuv	charge effective du patient po vent impliquer des sanctions.	ur la réalisation de
NOUS CONTACTER 3608 > Service gratuit + prix appel	×	Configurati	on • Mentions légales <u>CGU</u>

 Lorsque la recherche est basée sur le numéro de Sécurité Sociale de l'Ouvrant droit (NIR OD), l'ensemble des assurés rattachés à ce NIR sont affichés afin de sélectionner le patient concerné



Rechercher un patient – Cas des NIR inconnus

	Maladie	
ACCIN COVID		Dr. Medecin GENERALISTE
dentifier un patient		
O Saisissez son code patient :	Ou saisissez son NIR :	
	1	
	Réinitialiser	RECHERCHER
Le NIR saisi ne correspond à aucun assuré connu	i dans nos référentiels. Veuillez vérifier votre saisie sinon enregistrer votre	e patient <u>via ce lien</u> .
 La recherche d'un patient et l'accès aux données est la vaccination contre la Covid 19 (consultation préak 	it réservé au(x) professionnel(s) de santé assurant la prise en charge effe able et vaccination). Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliqu	ctive du patient pour la réalisation de er des sanctions.
	~	

 Dans le cas où le NIR saisi n'est pas connu de nos référentiels, il est possible de saisir manuellement les informations relatives à votre patient à partir du lien « via ce lien. »



Rechercher un patient – Cas des NIR inconnus

Ex dérifier le NIR saisi d'energistrer votre sa'ereur, cliquez sur ton retour pour fier le NIR Compléter les Ormé de familie Nom de familie Nom d'usage: Prénom: Date de naissance: Date de naissance: Date de naissance: Prénom: Date de naissance: Date de naissance: <td< th=""><th>COMPONETS DE CONTACT: Compléter les condonnées de contact du patient Teter les contact du patient Teter les contact du patient Teter les contact du patient contact contact du patient contact du patie</th><th></th><th></th><th>amelipro</th><th>(Assurat</th><th>nce</th></td<>	COMPONETS DE CONTACT: Compléter les condonnées de contact du patient Teter les contact du patient Teter les contact du patient Teter les contact du patient contact contact du patient contact du patie			amelipro	(Assurat	nce
ez vérifier le NIR saisi d'enregistrer votre tvia ce formulaire. d'errery, cliquez sur ion retour pour ier le NIR INFORMATIONS DU PATIENT: INFORMATIONS DU PATIENT: Nom de familie: Nom de familie: Nom de familie: Nom de familie: Nom de familie: Prénom: einformations d'identification du patient Date de naissance :: Rang de naissance :: Rang de naissance :: Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc: il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Compléter les contact du patient Teléphone (portable recommandé): Adresse postale :: Leu dit Leu dit Leu dit	<pre>ex érifier le NIR saisi d'enregistrer votre tiva ce formulaire, d'errer, cliquez sur tion retour pour ier le NIR</pre>	ez várifier le NIR sais d'enregistrer vorte tit via ce formulaire. d'enregistrer vorte is de NIR e le NIR Complèter les information patient Complèter les information patient Complèter les contanté le vanaise CoopDonnées De Contact : CoopDonnées De Contact : CoopDonnées De Contact : Complèter les contact du patient Rang de naissance :: Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés et : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Coopplements d'adresse contact du patient Renour es presaie Code postal Code pos		VACCIN COVID	Maladie	Dr. Medecin GENERALISTE 🔍 🛥 🛩
IDENTIFIER UN PATIENT iss d'erreur, cliquez sur fifer le NIR INFORMATIONS DU PATIENT : INFORMATION	IDENTIFIER UN PATIENT IDENTIFIER UN PATIENT INFORMATIONS DU PATIENT: INFORMATIONS DU PATIENT: Nit: INFORMATIONS DU PATIENT: Nit: INFORMATIONS DU PATIENT: Nit: INFORMATIONS DU PATIENT: Nit: Nom de familie: Part defaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les juneaux ou triplés etc: il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son juneau, 3 à son triplé Compléter les contact: Compléter les condonnées de contact: <td>IDENTIFIER UN PATIENT INFORMATIONS DU PATIENT INFORMATIONS D'Arresse de naissance INFORMATION COORDONNÉES DE CONTACT COORDONNÉES DE CONTACT COORDONNÉES DE CONTACT INFORMATION INFORMATION</td> <td>lez vérifier le NIR sa d'enregistrer votre</td> <td>aisi e</td> <td></td> <td>DOCUMENTATION</td>	IDENTIFIER UN PATIENT INFORMATIONS DU PATIENT INFORMATIONS D'Arresse de naissance INFORMATION COORDONNÉES DE CONTACT COORDONNÉES DE CONTACT COORDONNÉES DE CONTACT INFORMATION	lez vérifier le NIR sa d'enregistrer votre	aisi e		DOCUMENTATION
Under retour pour INFORMATIONS DU PATIENT : Infire le NIR Nom de familie: Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Date de naissance : JumanAAAA the de naissance : Compléter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommande): Adresse postale : Compléter les contact du patient Téléphone (portable recommande): Compléter les contact du patient Téléphone (portable recommande): </td <td>Outon record pour INFORMATIONS DU PATIENT : INF: INF: INF: Infirire le NIR Nom de familie : Nom dusage : Infirire le NIR Nom de familie : Nom dusage : Infirire le NIR Nom de familie : Nom dusage : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Coordbonnées de contact du patient Compléter les coordonnées de contact : Compléter les coordonnées de contact : Compléter les courd pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Compléter les coordonnées de contact : Compléter les courd numere (portable recommande) : Adresse postale : Compléter les courd numere (portable recommande) : Code postal cocalité coc</td> <td>Output rector pour INFORMATIONS DU PATIENT : ifiér le NIR Informations d'identification du patient Per défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Complèter les ocordonnées de contact : Complèter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommande): Leu dat Leu dat</td> <td>nt via ce formulaire s d'erreur, cliquez s</td> <td>sur</td> <td>IDENTIFIER UN F</td> <td>PATIENT</td>	Outon record pour INFORMATIONS DU PATIENT : INF: INF: INF: Infirire le NIR Nom de familie : Nom dusage : Infirire le NIR Nom de familie : Nom dusage : Infirire le NIR Nom de familie : Nom dusage : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Coordbonnées de contact du patient Compléter les coordonnées de contact : Compléter les coordonnées de contact : Compléter les courd pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Compléter les coordonnées de contact : Compléter les courd numere (portable recommande) : Adresse postale : Compléter les courd numere (portable recommande) : Code postal cocalité coc	Output rector pour INFORMATIONS DU PATIENT : ifiér le NIR Informations d'identification du patient Per défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Complèter les ocordonnées de contact : Complèter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommande): Leu dat	nt via ce formulaire s d'erreur, cliquez s	sur	IDENTIFIER UN F	PATIENT
Compléter les informations d'identification du patient Date de naissance :: Date de naissance :: Jummuaaaa 🔐 Per défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son triplé<	Compléter les informations d'identification du patient Date de naissance :: Image: I	Compléter les informations d'identification du patient Date de naissance ::::::::::::::::::::::::::::::::::::	fier le NIR	INFORMATIONS DU PATIENT :		
Compléter les informations d'identification du patient Nom de familie : Nom dusage : Date de naissance : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Date de naissance : JAMM/AAAA III and de naissance : Date de naissance : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé COORDONNÉES DE CONTACT : Coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommandé) : Adresse postale : Complément d'adresse Lieu dit Lieu dit Code postal Localité	Compléter les informations d'identification du patient Nom de familie : Nom dusage : Prénom : Prénom : Prénom : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Date de naissance : JJ/MM/AAAA III : Date de naissance : JJ/MM/AAAA IIII : Date de naissance : JJ/M/AAAA IIII : Date de naissance : JJ/M/AAAA IIII : Date de naissance : JJ/M/AAAA IIIIIIIII : Date de naissance : JJ/M/AAAA IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	Compléter les informations d'identification du patient Nom de familie : Nom d'usage : Prénom : Date de naissance : Rang de naissance : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Compléter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommandé) : Adresse postale : Complément d'adresse E-mail : Compléter les contact du patient Compléter (contable recommandé) : Adresse postale : Compléter d'un patient d'acces aux données est réservé aux) professionne(s) de santé assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de la vacination contre la Covid 19 (consultation presiable et vaccination). Toute recherche et acces illégitimes peuvent impiquer des sanctions.		2	<u> </u>	
d'identification du patient Date de naissance : J/MM/AAAA III Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé COORDONNÉES DE CONTACT : Compléter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommandé) : Adresse postale : Compléter les coordonnées de contact du patient Compléter les contact du patient Code postal Lieu dit Code postal	d'identification du patient Date de naissance :: Date de naissance :: Image::::::::::::::::::::::::::::::::::::	d'identification du patient Prenom: Prenom: <td>Compléter les informations</td> <td>Nom de famille :</td> <td>Nom d'usage :</td> <td></td>	Compléter les informations	Nom de famille :	Nom d'usage :	
Date de naissance : Image: Bang de naissance : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Compléter les coordonnées de contact du patient Maresse postale : Image: Complément d'adresse E-mail : Complément d'adresse Lieu dit Cocalité	Date de naissance : Rang de naissance : Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. JUMMAAAA III Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son triplé COORDONNÉES DE CONTACT : COORDONNÉES DE CONTACT : Compléter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommandé) : Adresse postale : Compléter les contact du patient Complément d'adresse Lieu dit Code postal Localité SAISIR L'ÉGIBILITE VACCINATION	Date de naissance : Rang de naissance :: Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne, 2 à son jumeau, 3 à son triplé Compléter les coordonnées de contact du patient contact du patient RETOUR RETOUR SAUSIR L'EGIBILITE VACCINATION I ar echerche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionne(s) de santé assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de la vaconation contre la Covid 19 (consultation préalable et vaconation). Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.	d'identification patient	du Prénom :		
COORDONNÉES DE CONTACT : Compléter les contact du patient Téléphone (portable recommandé) : Adresse postale : Complément d'adresse Lieu dit Code postal Localité	COORDONNÉES DE CONTACT : Compléter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommandé): E-mail : Complément d'adresse Lieu dit Code postal Localité RETOUR SAJSIR L'EGIBILITE VACCINATION	COORDONNÉES DE CONTACT : Compléter les coordonnées de contact du patient		Date de naissance : JJ/MM/AAAA	Rang de naissance :	Par défaut, le rang de naissance est prérempli à 1. Pour les jumeaux ou triplés etc : il faut mettre 1 pour la première personne 2 à son jumeau 3 à son triplé
Compléter les coordonnées de contact du patient Téléphone (portable recommandé): Adresse postale : E-mail : Complément d'adresse Lieu dit Code postal	Compléter les coordonnées de contact du patient E-mail : Complément d'adresse Lieu dit Code postal Localité SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION	Compléter les cordonnées de contact du patient		COORDONNÉES DE CONTACT :	ę	
contact du patient E-mail : Complément d'adresse Lieu dit Code postal Localité	contact du patient E-mail : Complément d'adresse Lieu dit Code postal Localité SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION	contact du patient E-mail : Complément d'adresse Lieu dit Code postal Localité SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION RETOUR SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION Image: Consultation préalable et vaccination). Toute recherche et accès Illégitimes peuvent impliquer des sanctions.	Compléter les coordonnées de	Téléphone (portable recommandé)	: Adresse postale :	
Lieu dit Code postal Localité	Lieu dit Code postal Localité RETOUR SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION	Lieu dit Code postal Localité SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal code postal Saisir L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal c	contact du patie	ent E-mail :	Complément d'adresse	
Code postal Localité	Code postal Localité RETOUR SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION	Code postal Localité RETOUR SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal Localité Image: Code postal Localité Image: Code postal SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal Localité Image: Code postal Localité Image: Code postal Localité Image: Code postal SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal Localité Image: Code postal Localité Image: Code postal Saisin L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal Localité Image: Code postal Saisin L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal Localité Image: Code postal Saisin L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal Localité Image: Code postal Saisin L'EGIBILITE VACCINATION Image: Code postal Localité Image: Code postal <t< td=""><td></td><td>1</td><td>Lieu dit</td><td></td></t<>		1	Lieu dit	
	RETOUR SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION	RETOUR SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION Image: Comparison of the state			Code postal	Localité
		a vaccination contre la Covid 19 (consultation prealable et vaccination). Toute recherche et acces illegitimes peuvent impliquer des sanctions.		La recherche d'un patient et l'accès aux do	onnées est réservé au(x) professionnel(s) de sa	anté assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de
La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de	La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de			 la vaccination contre la Covid 19 (consulta 	tion prealable et vaccination). Toute recherche	et acces illegitumes peuvent impliquer des sanctions.
La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de la vaccination contre la Covid 19 (consultation préalable et vaccination). Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions. NOUS CONTACTER	La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de la vaccination contre la Covid 19 (consultation préalable et vaccination). Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions. NOUS CONTACTER			3608 Service gratuit + prix appel		A propos configuration • Mendons regares CGO

page 9

Caisse Nationale

Déclarer l'éligibilité d'un patient – Saisie des données

Statut : Assuré(e)	Régime général	
NIR : 1	1ère vaccination Zème vaccination	 Le déclarant de l'éligibilité à la vaccination précise s'il est également prescripteur de l'ordonnance de vaccination. Si « oui », les champs suivants sont complétés automatiquement excepté la « Date de l'ordonnance » qui est à préciser Si « non », le déclarant complète ces champs à partir des
Je suis le professionnel	de santé qui délivre l'ordonnance 💿 Oui 💿 🛙	informations de l'ordonnance que lui présente son patient
Informations du profess N° RPPS/ADELI 9	sionnel de santé : N° AM / FINESS 6 Prénom :	 Si le patient est un professionnel de santé, le déclarant sélectionne de le menu déroulant son activité principale parmi les choix suivants : Professionnel de santé travaillant au sein d'un établissement de santé public ou privé Professionnel de santé travaillant au sein d'un établissement médico cocial (EHRAD -)
GENERALISTE Date d'ordonnance :	Médecin	 Professionnel de santé travaillant en ambulatoire Autre (étudiants, professionnels de prévention)
Le patient est un profession Veuillez indiquer son activité Travaillant en ambulatoir	nel de santé ? Oui Non principale : e	 Au travers de ces deux coches obligatoires, valider que : Le patient accepte d'entrer dans le processus de vaccination Le déclarant accepte les conditions de transmissions des donnée qu'il a informé son patient sur le traitement de ses données
Le patient éligible, ou so informations nécessaire	n représentant légal, accepte d'entrer dans le processus d s à son choix éclairé.	e vaccination après avoir reçu toutes les
Je certifie avoir informé i transmission des donnée	mon patient (son représentant légal) sur le traitement de : es.	ses données et j'accepte les conditions de Il n'est plus possible de mod la saisie après validation

page 10

Déclarer l'éligibilité d'un patient – Synthèse à transmettre au patient

		🕈 amelipro	Assurance	
		VACCIN COVID	matable	Dr. Medecin GENERALISTE
		Franck , né le	Changer de patient >	
		Statut : Assurée NIR : 1 ELIGIBILITÉ VACCINATION	Régime Général 1ÈRE VACCINATION 2ÈME VACCINATION	Une fois la saisie validée, une synthèse de la déclaration d'éligibilité s'affiche et reprend les informations renseignées à l'écran précédent
1	À noter, il est possib ultérieurement sur l pour poursuivre la v	le de revenir e téléservice accination	L'éligibilité à la vaccination COVID-19 a été enregistré le : 11/01/2021 à 11h20	ée
		Informations patien Nom : Prénom : Franck NIR : 1 Née le : Accord patient ou de sor Code patient : JMD-	nt n représentant légal : Oui	Il est possible d'exporter votre synthèse au format .csv en cliquant sur ce bouton. En cas d'erreur de saisie sur un dossier patient, il faut indiquer le numéro de dossier présent dans la synthèse à l'assistance technique Chaque patient ciblé dispose d'un code unique. Ce code permettra d'accéder au dossier <i>a</i> <i>posteriori</i> . Il convient de communiquer ce code
		Presoripteur et déclara Nom : GENERALISTE Prénom : Medecin N° RPPS/ADELI : 9 N° AM/FINESS : 6 Date de l'ordonnance : 1 Vaccin(s) non préconisé	nt : 1/01/2021 (ε) :	a votre patient Il convient d'imprimer cette synthèse et de remettre le document papier au patient
		Vous avez la possibilité d	d'imprimer et de remettre à votre patient la synthèse de son éligibilité à la vaccination.	
			Ce lien permet de revenir sur la page d'accueil identifier un nouveau patient	POURSUIVRE LA VACCINATION Retour accueil > Retour accueil > Caisse Nationale

PDF de l'acte d'éligibilité à la vaccination – Synthèse à remettre au patient

Données télétransmises à l'Assurance Maladie

Eligibilité à la vaccination contre la Covid-19

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

Pati	ent(e)	
Numéro d'immatriculation : 1		
Nom :		
Prénom : Franck		
Date de naissance :		
Code du patient * : JMD-		
*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination		
La patient éligible, ou con consécontant légal, a acconté d'	ontror dans la processus de vassination après aveis res	
toutes les informations nécessaires à son choix éclairé	entrer dans le processus de vaccination après avoir reçi	u
toutes les informations necessaires à son choix éclaire.		
Informations	de l'ordonnance	
Prescripteur :	de l'ordonnance	
Nom : GENERALISTE Prénom : MEDECINI		
N° RPPS/ADFII : 9		
N° AM/FINESS : 6		
Date de l'ordonnance : 11/01/2021		
Vaccin(s) non préconisé(s) :		
Eligibilité à	la vaccination	
le soussigné(e) certifie avoir examiné :		
se, soussigne(e), certifie avoir examine :		
avoir transmis à mon patient toutes les informations liées	à la vaccination contre la COVID-19,	
et confirme que ce patient est éligible à la vaccination.		
Identification du déclarant l'éligibilité à la vaccination	Date : 11/01/2021	
(nom et prénom)		
GENERALISTE MEDECIN		Il convient de signer ce documen
Identifiant : 9	Signature :	avant de le remettre à son patier
L'organisation la tracabilité et le suivi de la vaccination contr	re la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitem	ent 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

Enregistrer l'acte de première vaccination – Saisie des données

		🔿 amelipro		L'Assurance			
		VACCIN COVID		matavio	I	Dr. Medecin GENERALISTE	
		Franck , né le	Changer de patient >				
En cliq grisé é possibl synthè validée	uant sur l'onglet ligibilité, il est le d'afficher la se précédemment 2.	Statut : Assuré NIR : 1	Régime Gén	éral			
	L,	ELIGIBILITÉ VACCINATION	RE VACCINATION 2ÈME VAC	CCINATION		Le champ Numéro de lot s'	autocomplète au fur
1	Compléter les informations de	Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNA	ATY -	Numéro de lot : EL1484	~	et a mesure de la saisie. Il é possible de renseigner un r présent dans la liste	est neanmoins numéro de lot non
		Date de vaccination : 11/01/2021 X III Mode d'administration : Injection intramusculaire Zone d'injection : Bras gauche	Heure de vaccination : 11:35			Liste des lieux de vaccinatio - EHPAD - Centre de vaccination - USLD - Résidence autonomie - Résidence service senic - Dans un autre établisse - Dans un autre établisse - Au cabinet ou dans la s	on : pr ement médico-social ement de santé tructure d'exercice
2	Compléter les informations relatives au lieu	Lieu de vaccination : EHPAD	N° AM QU EINESS déodrar	bique ou SIRET du lieu de vaccin	ation -	 Au domicile du patient Foyer migrant Autre 	
	de vaccination	35350	6			Le champ N°AM est préren si le « Cabinet / Structure c sélectionné dans le lieu de	npli automatiquement l'exercice » est vaccination
		Je certifie avoir informé mon patier	nt (son représentant légal) sur le tr	raitement de ses données et j'acce	epte les conditions de transmission des	données	ST SOCIALE
		RETOUR				VALIDER	Kaladie
				page 12	Il n'est plus possible de mo	difier la saisie après validation	Caisse Nationale

page 13

Enregistrer l'acte de première vaccination – Synthèse à transmettre au patient

		Dr. Medecin GEN	ERALISTE
Franck	Changer de patient - N		
Statut Assurée	Rénime Général		
NIR : 1	Regime General	L	Jne fois la saisie validée, une synthèse des
		ii	nformations de vaccination s'affiche et
ELIGIBILITE VACCINATION	22ME VACCINATION	r	eprend les informations renseignées à l'écran
		p	precedent
	L'acte de première vaccination COVID-19 a été enregistré le : 11/01/2021 à 11h35	EXPORTER LA S	YNTHÈSE
Informations patient			
Nom :			
Prénom : Franck			
NIR : 1 Née le :			
Accord patient ou de son représentant	légal : Oui		
Code patient : JMD-			
Eligibilité à la vaccination			
Prescripteur et déclarant :	Ordonnance :		
Nom : GENERALISTE	Date de l'ordonnance :11/01/2021		
N° RPPS/ADELI : 9	Vaccin(s) non préconisé(s) :		
N° AM/FINESS 6			
Date d'éligibilité : 11/01/2021			
Informations de vaccination			
Vaccinateur :	Vaccin :		
Nom : GENERALISTE	Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech – COI	MIRNATY	onvient d'indiquer au patient de prendro un
N° RPPS/ADELI : 9	Date de vaccination :11/01/2021	rer	ndez-vous à partir de cette date
N° AM/FINESS : 6	Heure de vaccination : 11h35		
Lieu de vaccination : EHPAD	Mode d'administration Injection intramu	isculaire	
N° AM/FINESS/SIRET : 6	Zone diffection : Dras gauche		Il convient d'imprimer cette synthèse et de
	Date de début prévisionnelle de la seconde injection au 29/01/2021		transmettre le document papier au patient
	le remettre à votre patient la synthèse de sa vaccination.	IMPRIMER ET ENREGI	STRER
Vous avez la possibilité d'imprimer et o			74.2
Vous avez la possibilité d'imprimer et d	*ća	Reto	
Vous avez la possibilité d'imprimer et d indésirables venaient à être consta st possible de les déclarer sur le	DECLARER UN EFFET INDESIRABLE	Reto	ur accueil >

page 14

PDF de l'acte de première vaccination – Synthèse à transmettre au patient

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

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

	Patie	nt(e)
Numéro d'immatriculation : 1 Nom : Prénom : Franck Date de naissance : Code du patient * : JMD- *Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté informations nécessaires à son choix éclairé.	d'entrer	dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les
Informations de l'ordonnance		Eligibilité à la vaccination
Prescripteur : Nom : GENERALISTE Prénom : MEDECIN N° RPPS/ADELI :9 N° AM/FINESS : 6 Date de l'ordonnance : 11/01/2021 Vaccin(s) non préconisé(s) :	Dé No Pri N° F N°	clare l'éligibilité : m : GENERALISTE énom : MEDECIN IPPS/ADEU : 9 AM/FINESS : 6 te d'éligibilité : 11/01/2021
Informa	ations d	e la vaccination
Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : avoir transmis à mon patient toutes les informations lie l'avoir vacciné pour : première vaccination issu du lot : EL1484	ées à la va avec l à/au	ccination pour la COVID-19, le vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNATY : EHPAD
Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir	dans lieu à partir	le/la : Bras gauche du 29/01/2021
Identification du vaccinateur (nom et prér GENERALISTE MEDECIN	nom)	Date : 11/01/2021
Identifiant : 9		Signature :

Il convient de signer ce document avant de le remettre à son patient

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





Enregistrer l'acte de deuxième vaccination – Saisie des données

		🖨 amelipro	Maladia		
		VACCIN COVID	matauro	D	r. Medecin GENERALISTE
En cliq	uant sur les	Franck , né le	Changer de patient >		
onglets grisés, il est possible d'afficher les synthèses de l'éligibilité vaccination, de première vaccination et leurs PDF		Statut : Assurée Régime Général NIR : 1			
		ELIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VACCINA	TION 2ÈME VACCINATION		
1	Compléter les informations de	Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNATY	Numéro de lot : EJ6796	•	
	vaccination	Date de vaccination : Heur 29/01/2021 X # 14:	e de vaccination : 45		La valeur du champ Nom du vaccin est prérempli selon le nom du vaccin saisi durant la première vaccination (et non modifiable)
		Mode d'administration : Injection intramusculaire	*		
Compléter les		Zone d'injection : Bras gauche	•		
	Compléter les informations	Lieu de vaccination : EHPAD			
2	relatives au lieu de vaccination	Code postal du lieu de vaccination : N° Al 35350 6	/l ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de va	iccination :	Le champ N°AM est prérempli automatiquement si le « Cabinet / Structure d'exercice » est sélectionné dans le lieu de vaccination
		Je certifie avoir informé mon patient (son repré	sentant légal) sur le traitement de ses données et j'	accepte les conditions de transmission des d	ionnées
		RETOUR			VALIDER Maladie
			page 16	Il n'est plus possible de mo	difier la saisie après validation Caisse Nationale

Enregistrer l'acte de deuxième vaccination – Synthèse à transmettre au patient

a	amelipro	Manade			
VA	CCIN COVID		Dr. Medecin GENERAL	ISTE 🔰	
Fra	anck , né le ca	hanger de patient >			
St	atut : Assurée R : 1	Régime Général			
E	LIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VACCINATION	2ÊME VACCINATION			
		\checkmark			
		L'acte de deuxième vaccination COVID-19 a été enregistré le : 29/01/2021 à 14h45	EXPORTER LA SYNTH	ÈSE	
	Informations patient				
	Nom : Prénom : Franck NIR : 1 Née le : Accord patient ou de son représentant légal : Oui Code patient : JMD-				
	Eligibilité à la vaccination				
	Prescripteur et déclarant : Nom : GENERALISTE	Ordonnance :			
	Prénom : Medecin N° RPPS/ADELI : 9 N° AM/FINESS : 6 Date d'éligibilité : 11/01/2021	Vaccin(s) non préconisé(s) :			
	Informations de vaccination				
	Vaccinateur : Nom : GENERALISTE Prénom : Medecin N° RPPS/ADELI : 9	Vaccin : Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech – COM Numéro de lot : EJ6796 Date de vaccination : 29/01/2021	NIRNATY		
	N° AM/FINESS : 6 Lieu de vaccination : EHPAD Code postal : 35350 N° AM/FINESS/SIRET : 6	Heure de vaccination : 14:45 Mode d'administration : Injection intramuse Zone d'injection : Bras gauche	culaire II o tra	conviei ansmet	nt d'imprimer cette synthèse et de tre le document papier au patient.
	Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à	votre patient la synthèse de sa vaccination.		R	
s où des effets indés /accination, il est po IG au travers du lien	sirables venaient à être constatés ssible de les déclarer sur le présent sur cet écran.	DECLARER UN EFFET INDESIRABLE	Retour acc	cueil 🗲	Ki'Assurance Maladie
		page 17			Caisse Nationale

PDF de l'acte de deuxième vaccination – Synthèse à transmettre au patient

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 : 1 Nom : Prénom : Franck Date de naissance : Code du patient * : JMD- *Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination Le patient éligible, ou son représentant légal, a accep informations nécessaires à son choix éclairé.	é d'entrer dan	s le processus de vaccination après avoir reçu toutes les		
Informations de l'ordonnance		Eligibilité à la vaccination		
Prescripteur :	Déclar	e l'éligibilité :		
Nom : GENERALISTE	Nom :	GENERALISTE		
Prénom : MEDECIN	Prénor	n : MEDECIN		
N° RPPS/ADELI : 9	N° RPPS/	ADELI : 9		
N° AM/FINESS : 6	N° AM	/FINESS: 6		
Date de l'ordonnance : 11/01/2021	Date d	éligibilité : 11/01/2021		
Vaccin(s) non préconisé(s) :				
Infor	nations de la	vaccination		
Je, soussigné(e), certifie avoir examiné :				
avoir transmis à mon patient toutes les informations	iées à la vaccir	ation pour la COVID-19,		
l'avoir vacciné pour : seconde vaccination	avec le vaccin : Pfizer/BioNTech - COMIRNATY			
issu du lot : EJ6796	à/au : El	à/au : EHPAD		
Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire	dans le/la	: Bras gauche		
Identification du vaccinateur (nom et pr	inom)	Date : 29/01/2021		
GENERALISTE MEDECIN				

Identifiant : 9

Signature :

Il convient de signer ce document avant de le remettre à son patient

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

Caisse Nationale

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

CONTACTEZ L'ASSISTANCE VACCIN COVID

Vous rencontrez des difficultés techniques liées à l'utilisation du service Vaccin COVID ?

Vous êtes en exercice libéral, vous devez joindre l'assistance technique au **3608** Service gratuit + prix appel du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Vous êtes salarié, effectuez une vacation dans un établissement ou un centre de vaccination : vous devez joindre le **0800 08 12 07** en cas de problème de connexion ou d'utilisation du téléservice du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00

