

Vaccin COVID

Guide des fonctionnalités du service

À destination des centres de vaccination

Version 2 du 28/01/2021



- 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...

Accès au téléservice Vaccin COVID par Pro Santé Connect



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



Pro Santé Connect
AGENCE
DU NOMBREUR
EN SANTE

Connectez-vous

Application e-CPS Carte CPS

Vous pouvez vous connecter à ce service en utilisant l'application mobile e-CPS.

Votre identifiant e-CPS
899900004856

Mémoriser mon identifiant sur ce poste

Se connecter avec e-CPS

VACCIN COVID

Dr. Médecin GENERALISTE

Veuillez sélectionner la structure avec laquelle vous souhaitez vous connecter à Contact Covid.

 HOPITAL GENERIQUE 1 20, R DE PARIS 75020 - PARIS 20 AM/FINESS : 990002131	 HOPITAL GENERIQUE 2 20, R DE MONTREUIL 75020 - PARIS 20 AM/FINESS : 990002242	 515, CHE DU MAS DE ROCHET 34170 CASTELNAU LE LEZ AM/FINESS : 991040403
---	---	--

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

- 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

- 1 Déclarer l'éligibilité d'un patient à la vaccination P9
- 2 Enregistrer la 1^{ère} vaccination d'un patient P12
- 3 Enregistrer la 2^{nde} vaccination d'un patient P15
- 4 Contacter l'assistance Vaccin COVID P18

amelipro

SECURITE SOCIALE
L'Assurance
Maladie

Dr. Medecin GENERALISTE

VACCIN COVID

DOCUMENTATION

Identifier un patient

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

13 caractères

Réinitialiser

RECHERCHER

i 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

Configuration • Mentions légales | CGU

- 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

amelipro

VACCIN COVID Dr. Medecin GENERALISTE

[DOCUMENTATION](#)

Identifier un patient

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

[Réinitialiser](#) [RECHERCHER](#)

Veillez préciser le membre de la famille concerné :

	<input type="text" value="Franck"/>	1 <input type="text"/>	né le <input type="text"/>	>
<i>Votre patient vous autorise à accéder à son dossier.</i>				
	<input type="text" value="née"/>	2 <input type="text"/>	née le <input type="text"/>	>
<i>Votre patient vous autorise à accéder à son dossier.</i>				

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 Service gratuit + prix appel Configuration • Mentions légales | C.G.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

amelipro

SECURITE SOCIALE L'Assurance Maladie

Dr. Medecin GENERALISTE

VACCIN COVID

DOCUMENTATION

Identifier un patient

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

1

Réinitialiser

RECHERCHER

Le NIR saisi ne correspond à aucun assuré connu dans nos référentiels. Veuillez vérifier votre saisie sinon enregistrer votre patient [via ce lien](#).

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

Configuration • Mentions légales | C.G.U

- 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

The screenshot shows a web form titled 'IDENTIFIER UN PATIENT' within the 'VACCIN COVID' interface. The form is divided into two main sections: 'INFORMATIONS DU PATIENT' and 'COORDONNÉES DE CONTACT'. The 'INFORMATIONS DU PATIENT' section includes fields for NIR, Nom de famille, Nom d'usage, Prénom, Date de naissance, and Rang de naissance. The 'COORDONNÉES DE CONTACT' section includes fields for Téléphone, Adresse postale, E-mail, Complément d'adresse, Lieu dit, Code postal, and Localité. There are two buttons at the bottom: 'RETOUR' and 'SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION'. A footer contains contact information and legal notices.

amelipro Assurance Maladie

Dr. Medecin GENERALISTE

DOCUMENTATION

IDENTIFIER UN PATIENT

INFORMATIONS DU PATIENT :

NIR :

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : Rang de naissance :

COORDONNÉES DE CONTACT :

Téléphone (portable recommandé) : Adresse postale :

E-mail : Complément d'adresse :

Lieu dit :

Code postal : Localité :

RETOUR SAISIR L'EGIBILITE VACCINATION

1 Veuillez vérifier le NIR saisi avant d'enregistrer votre patient via ce formulaire. En cas d'erreur, cliquez sur le bouton retour pour modifier le NIR

1 Compléter les informations d'identification du patient

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...

2 Compléter les coordonnées de contact du patient

i 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 | Mentions légales | CGU

SECURITE SOCIALE **l'Assurance Maladie** Caisse Nationale

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

amelipro **l'Assurance Maladie** Dr. Medecin GENERALISTE

VACCIN COVID

Maxime né(e) le [Changer de patient >](#)

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 1

ELIGIBILITE VACCINATION 1ère vaccination 2ème vaccination

1 Je suis le professionnel de santé qui délivre l'ordonnance Oui Non

2 Informations du professionnel de santé :

N° RPPS/ADELI 9 N° AM / FINESS 6

Nom : GENERALISTE Prénom : Médecin

Date d'ordonnance : XX/XX/XXXX

3 Le patient est un professionnel de santé ? Oui Non

Veillez indiquer son activité principale :
Travaillant en ambulatoire

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

Je certifie avoir **informé mon patient** (son représentant légal) sur le traitement de ses données et j'accepte les **conditions de transmission des données**.

[RETOUR](#) [CONTINUER](#)

NOUS CONTACTER **3608** Service gratuit • prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

SECURITE SOCIALE **l'Assurance Maladie**
Caisse Nationale

Pour les professionnels de santé sans établissements, la valeur du champ N°AM/FINESS s'affiche avec des étoiles (*****)

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 informations de l'ordonnance que lui présente son patient
- **Si le N°AM/FINESS n'est pas mentionné sur l'ordonnance, il est impératif de renseigner neuf étoiles (*****)**

Si le patient est un professionnel de santé, le déclarant sélectionne dans 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-social (EHPAD, ...)
- Professionnel de santé travaillant en ambulatoire
- Autre personnel soignant

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 données et qu'il a informé son patient sur le traitement de ses données

Il n'est plus possible de modifier la saisie après validation

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

amelipro Assurance Maladie Dr. Medecin GENERALISTE

VACCIN COVID

Franck, né le [redacted] [Changer de patient >](#)

Statut : Assurée Régime Général
NIR : 1 [redacted]

ELIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VACCINATION 2ÈME VACCINATION

L'éligibilité à la vaccination COVID-19 a été enregistrée le : 11/01/2021 à 11h20

[CSV EXPORTER LA SYNTHÈSE](#)

Informations patient

Nom : [redacted]
Prénom : Franck
NIR : 1 [redacted]
Née le : [redacted]
Accord patient ou de son représentant légal : Oui
Code patient : JMD-[redacted]

Eligibilité à la vaccination

Prescripteur et déclarant :
Nom : GENERALISTE
Prénom : Medecin
N° RPPS : 9 [redacted]
N° AM/FINESS : 6 [redacted]
Date de l'ordonnance : 11/01/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à votre patient la synthèse de son éligibilité à la vaccination.

[IMPRIMER ET ENREGISTRER](#)

[POUR SUIVRE LA VACCINATION](#)
[Changer de patient >](#)



À noter, il est possible de revenir ultérieurement sur le téléservice pour poursuivre la vaccination

Une fois la saisie validée, une synthèse de la déclaration d'éligibilité s'affiche et reprend les informations renseignées à l'écran précédent

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 dossier présent dans la synthèse à l'assistance technique

Chaque patient ciblé dispose d'un code unique. Ce code permettra d'accéder au dossier *a posteriori*. Il convient de communiquer ce code à votre patient

Pour les professionnels de santé sans établissements, la valeur du champ N°AM/FINESS s'affiche avec des étoiles (*****)

Il convient d'imprimer cette synthèse et de remettre le document papier au patient

Ce lien permet de revenir sur la page d'accueil identifier un nouveau patient

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

Données télétransmises à l'Assurance Maladie Éligibilité à la 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 accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

Informations de l'ordonnance

Prescripteur :
Nom : GENERALISTE
Prénom : MEDECIN
N° RPPS : 9 []
N° AM/FINESS : 6 []

Date de l'ordonnance : 11/01/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Pour les professionnels de santé sans établissements, la valeur du champ N°AM/FINESS s'affiche avec des étoiles (*****).

Éligibilité à la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : []
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
(nom et prénom)
GENERALISTE MEDECIN
Identifiant : 9 []

Date : 11/01/2021
Signature : []


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

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



Enregistrer l'acte de première vaccination – Saisie des données

amelipro  Dr. Medecin GENERALISTE

VACCIN COVID

Franck [redacted], né le [redacted] [Changer de patient](#)

Statut : Assuré Régime Général
NIR : 1 [redacted]

ELIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VACCINATION 2ÈME VACCINATION

Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNATY Numéro de lot : EL1484

Date de vaccination : 11/01/2021 Heure de vaccination : 11:35

Mode d'administration : Injection intramusculaire

Zone d'injection : Bras gauche

Lieu de vaccination : Centre de vaccination

Code postal du lieu de vaccination : 35350 N° AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination : 6 [redacted]

Je certifie avoir informé mon patient (son représentant légal) sur le traitement de ses données et j'accepte les conditions de transmission des données

[RETOUR](#) [VALIDER](#)

En cliquant sur l'onglet gris éligibilité, il est possible d'afficher la synthèse précédemment validée.

1 Compléter les informations de vaccination

2 Compléter les informations relatives au lieu de vaccination

À noter, pour les professionnels de santé sans établissement il est impératif de saisir minutieusement le code postal et le N°FINESS géographique du lieu de vaccination

Le champ Numéro de lot s'autocomplète au fur et à mesure de la saisie. Il est néanmoins possible de renseigner un numéro de lot non présent dans la liste

- Liste des lieux de vaccination :
- EHPAD
 - Centre de vaccination
 - USLD
 - Résidence autonomie
 - Résidence service senior
 - Dans un autre établissement médico-social
 - Dans un autre établissement de santé
 - Au cabinet ou dans la structure d'exercice
 - Au domicile du patient
 - Foyer migrant
 - Autre

Dans le champ N°AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination, il faut saisir l'identifiant GID du centre de vaccination précédé de 0 sur 9 caractères. Par exemple, le GID 9999 doit être saisi « 000009999 »

Il n'est plus possible de modifier la saisie après validation

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


amelipro Assurance Maladie Dr. Medecin GENERALISTE

VACCIN COVID

Francck [REDACTED], né le [REDACTED] [Changer de patient >](#)

Statut : Assurée Régime Général
NIR : 1 [REDACTED]

ELIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VACCINATION 2ÈME VACCINATION


L'acte de première vaccination COVID-19 a été enregistré
le : 11/01/2021 à 11h35

Informations patient

Nom : [REDACTED]
Prénom : **Franck**
NIR : 1 [REDACTED]
Née le : [REDACTED]
Accord patient ou de son représentant légal : Oui
Code patient : JMD [REDACTED]

Eligibilité à la vaccination


Prescripteur et déclarant :
Nom : GENERALISTE
Prénom : Medecin
N° RPPS : 9 [REDACTED]
N° AM/FINESS : 6 [REDACTED]
Date d'éligibilité : 11/01/2021

Ordonnance :
Date de l'ordonnance : 11/01/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Informations de vaccination

Vaccinateur :
Nom : GENERALISTE
Prénom : Medecin
N° RPPS : 9 [REDACTED]
N° AM/FINESS : 6 [REDACTED]
Lieu de vaccination : Centre de vaccination
Code postal : 35350
N° AM/FINESS/SIRET : 6 [REDACTED]

Vaccin :
Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNATY
Numéro de lot : EL1484
Date de vaccination : 11/01/2021
Heure de vaccination : 11h35
Mode d'administration : Injection intramusculaire
Zone d'injection : Bras gauche

 Date de prochaine injection : entre le 29/01/2021 et le 04/02/2021

Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à votre patient la synthèse de sa vaccination. [IMPRIMER ET ENREGISTRER](#)

[DECLARER UN EFFET INDESIRABLE](#) [Changer de patient >](#)

Une fois la saisie validée, une synthèse des informations de vaccination s'affiche et reprend les informations renseignées à l'écran précédent

Il convient d'indiquer au patient de prendre un rendez-vous au cours de cette période

Il convient d'imprimer cette synthèse et de transmettre le document papier au patient

Dans le cas où des effets indésirables venaient à être constatés suite à la vaccination, il est possible de les déclarer sur le portail PSIG au travers du lien présent sur cet écran

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 [REDACTED] Nom : [REDACTED] Prénom : Franck Date de naissance : [REDACTED] Code du patient * : JMD-[REDACTED] <i>*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination</i>	
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	Eligibilité à la vaccination
Prescripteur : Nom : GENERALISTE Prénom : MEDECIN N° RPPS : 9 [REDACTED] N° AM/FINESS : 6 [REDACTED] Date de l'ordonnance : 11/01/2021 Vaccin(s) non préconisé(s) :	Déclare l'éligibilité : Nom : GENERALISTE Prénom : MEDECIN N° RPPS : 9 [REDACTED] N° AM/FINESS : 6 [REDACTED] Date d'éligibilité : 11/01/2021
Informations de la vaccination	
Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : [REDACTED] avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19, l'avoir vacciné pour : première vaccination avec le vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNATY issu du lot : EL1484 à/au : Centre de vaccination Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le/la : Bras gauche Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu entre le 29/01/2021 et le 04/02/2021	
Identification du vaccinateur (nom et prénom) GENERALISTE MEDECIN Identifiant : 9 [REDACTED]	Date : 11/01/2021 Signature : [REDACTED]



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>


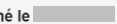
L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, 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>


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

Enregistrer l'acte de deuxième vaccination – Saisie des données

VACCIN COVID Dr. Medecin GENERALISTE 

Franck , né le  [Changer de patient >](#)

Statut : **Assurée** Régime Général
NIR : 

ELIGIBILITÉ VACCINATION | 1ÈRE VACCINATION | **2ÈME VACCINATION**

1 Compléter les informations de vaccination

Nom du vaccin : Numéro de lot :

Date de vaccination : Heure de vaccination :

Mode d'administration :

Zone d'injection :

2 Compléter les informations relatives au lieu de vaccination

Lieu de vaccination :

Code postal du lieu de vaccination : N° AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination :

Je certifie avoir [informé mon patient](#) (son représentant légal) sur le traitement de ses données et j'accepte les [conditions de transmission des données](#)

En cliquant sur les onglets grisés, il est possible de revoir les synthèses de l'éligibilité vaccination, de première vaccination et leurs PDF

1

Compléter les informations de vaccination

La valeur du champ Nom du vaccin est prérempli selon le nom du vaccin saisi durant la première vaccination (et non modifiable)

2


Compléter les informations relatives au lieu de vaccination

Dans le champ N°AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination, il faut saisir l'identifiant GID du centre de vaccination précédé de 0 sur 9 caractères.
Par exemple, le GID 9999 doit être saisi « 000009999 »

À noter, pour les professionnels de santé sans établissement il est impératif de saisir minutieusement le code postal et le N°FINESS géographique du lieu de vaccination

Il n'est plus possible de modifier la saisie après validation

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


amelipro  Dr. Medecin GENERALISTE

VACCIN COVID

Franck [REDACTED], né le [REDACTED] [Changer de patient >](#)

Statut : **Assurée** Régime Général
NIR : 1[REDACTED]

ELIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VACCINATION **2ÈME VACCINATION**



L'acte de deuxième vaccination COVID-19 a été enregistré
le : 29/01/2021 à 14h45

[CSV EXPORTER LA SYNTHÈSE](#)

Informations patient

Nom : [REDACTED]
Prénom : Franck
NIR : 1[REDACTED]
Née le : [REDACTED]
Accord patient ou de son représentant légal : Oui
Code patient : JMD-[REDACTED]

Eligibilité à la vaccination

Prescripteur et déclarant : Nom : GENERALISTE Prénom : Medecin N° RPPS : 9[REDACTED] N° AM/FINESS : 6[REDACTED] Date d'éligibilité : 11/01/2021	Ordonnance : Date de l'ordonnance : 11/01/2021 Vaccin(s) non préconisé(s) :
---	--

Informations de vaccination

Vaccinateur : Nom : GENERALISTE Prénom : Medecin N° RPPS : 9[REDACTED] N° AM/FINESS : 6[REDACTED] Lieu de vaccination : Centre de vaccination Code postal : 35350 N° AM/FINESS/SIRET : 6[REDACTED]	Vaccin : Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNATY Numéro de lot : EJ6796 Date de vaccination : 29/01/2021 Heure de vaccination : 14:45 Mode d'administration : Injection intramusculaire Zone d'injection : Bras gauche
--	--

Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à votre patient la synthèse de sa vaccination.

[IMPRIMER ET ENREGISTRER](#)

[Changer de patient >](#)

[DECLARER UN EFFET INDESIRABLE](#)

Il convient d'imprimer cette synthèse et de transmettre le document papier au patient.

Dans le cas où des effets indésirables venaient à être constatés suite à la vaccination, il est possible de les déclarer sur le portail PSIG au travers du lien présent sur cet écran.

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 [REDACTED] Nom : [REDACTED] Prénom : Franck Date de naissance : [REDACTED] Code du patient * : JMD-[REDACTED] <i>*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination</i>	
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	Eligibilité à la vaccination
Prescripteur : Nom : GENERALISTE Prénom : MEDECIN N° RPPS : 9 [REDACTED] N° AM/FINESS : 6 [REDACTED] Date de l'ordonnance : 11/01/2021 Vaccin(s) non préconisé(s) :	Déclare l'éligibilité : Nom : GENERALISTE Prénom : MEDECIN N° RPPS : 9 [REDACTED] N° AM/FINESS : 6 [REDACTED] Date d'éligibilité : 11/01/2021
Informations de la vaccination	
Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : [REDACTED] avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19, l'avoir vacciné pour : seconde vaccination avec le vaccin : Pfizer/BioNTech – COMIRNATY issu du lot : EJ6796 à/au : Centre de vaccination Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le/la : Bras gauche	
Identification du vaccinateur (nom et prénom) GENERALISTE MEDECIN Identifiant : 9 [REDACTED]	Date : 29/01/2021 Signature : [REDACTED]

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>

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