

VACCINATION COVID DE L'ENFANT EN PRATIQUE

Intervenants:

- Fabienne Kochert, présidente de l'AFPA, centre de vaccination en Maison de Santé
- Anne Piollet, AFPA, SNPF, responsable de centre de vaccination
- Andreas Werner, centre de vaccination en cabinet libéral
- François Vié le Sage Infovac, AFPA



ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

Webinaire 6 janvier 2022

[Vaccination Covid-19 des enfants - AFPA](#)



Intro: Qui vacciner et pourquoi ? (FVLS) 10min

Préparer les séances de vaccination 20 min

- Comment s'inscrire comme centre de vaccination ? (FK)
- Comment commander les doses ? (FK)
- Comment organiser les rdv ? (AW)

Ergonomie des séances: 20 min

- Vacciner ? (AW)
- Video preparation * Trod / Injection forme pediatrique (FVLS)
- Quelle cotation ? (AW) 10 min
- Documents à avoir (AW)

Partie administrative: Comment valider la vaccination sur Ameli ? (AP)

20 min

Vaccin covid enfant < 12 ans

- **Qui vacciner et pourquoi ?**

François Vié le Sage
Pédiatre
AFPA
GPIP
Infovac



La COVID reste une maladie beaucoup moins grave chez l'enfant que chez l'adulte,

Avant tout protéger les jeunes enfants contre les rares formes graves de COVID-19.

Le risque de décès de séquelles ou d'hospitalisation en réanimation est très faible.

La vaccination n'est ni obligatoire ni recommandée.

Principales formes graves (PIMS).

Intérêt individuel:

PIMS

Ecole

Vaccination des enfants pendant cette vague épidémique.

Il ne faut pas croire que la vaccination est beaucoup plus importante que la protection. Elle ne remplace pas. Elle ne limite un peu les effets de la pandémie.

Intérêt collectif:

plutôt le rappel booster de l'adulte et la vaccination des non vaccinés

Protection sujets à risque de l'entourage

Les données de sérologie

Prévention des effets indésirables:
TROD sérologie à la première dose

La réalisation d'un test rapide (TROD) sérologique (en l'absence d'antécédent connu et documenté de Covid-19) au moment de la 1ère dose vaccinale des enfants doit être généralisée pour limiter l'administration du vaccin à une seule dose en cas de contact antérieur avec le Covid-19. Les données de sérologie (Israël) depuis novembre 2021 sont très rassurantes,

moins de
infection

risques

risque par

risque est

risque ne

risque et



- **[Avis du 25 novembre 2021](#), HAS: trois sous-groupes d'enfants de 5 à 11 ans dans la stratégie vaccinale, selon les modalités d'utilisation définie par l'AMM de COMIRNATY :**
 - **les enfants présentant une comorbidité exposant à une forme grave de COVID-19,**
 - **les autres enfants à risque, porteurs d'une maladie rare (évaluation au cas par cas) ou atteints d'un cancer, d'une insuffisance rénale chronique, etc.**
 - **dans le cadre d'une stratégie de cocooning, les enfants vivant dans l'entourage de personnes immunodéprimées ou de personnes vulnérables non protégées par la vaccination.**

Comorbidités identifiées par la HAS comme facteur de risque de COVID-19 grave chez l'enfant

- Cardiopathie congénitales,
- maladies hépatiques chroniques,
- maladies cardiaques et respiratoires chroniques (y compris l'asthme sévère nécessitant un traitement continu),
- maladies neurologiques,
- immunodéficience primitive ou induite par médicaments,
- obésité,
- diabète,
- hémopathies malignes,
- drépanocytose,
- trisomie 21.

**CDC: hospitalisations covid survenues chez des mineurs entre juillet et août 2021.
publié 31/12/2021**

- six hôpitaux pour enfants (de l'Arkansas, du district de Columbia, de Floride, de l'Illinois, de Louisiane et du Texas) dossiers médicaux des patients âgés de moins de 18 ans hospitalisés pour Covid entre juillet et août 2021, avant le début de la vague Omicron.

Parmi les 713 patients hospitalisés principalement pour covid,

- 25 % étaient âgés de moins d'un an,
- 17 % étaient âgés de 1 à 4 ans,
- 20 % avaient entre 5 et 11 ans et
- 38 % entre 12 et 17 ans.

Plus des deux tiers de ces patients mineurs (67,5 %) souffraient d'une ou plusieurs affections médicales sous-jacentes (appelées également facteurs de comorbidités).

Seuls 32,5% d'entre eux ne souffraient pas de comorbidité. 51,3% en présentaient une ou deux et 16,1% trois ou plus.

Un tiers d'enfants obèses

Entre le 2 mars 2020 et le 26 décembre 2021, Signalements de PIMS à Santé Publique France:

- 826 cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS ou MIS-C),
- dont **745** en lien avec la COVID-19, 328 cas (40%) ont concerné des filles.
- Depuis avril 2020 en France, 373 enfants âgés de 5 à 11 ans ont été hospitalisés pour un PIMS, le plus souvent en réanimation. Pourtant, 80% d'entre eux étaient des enfants en bonne santé, sans aucun facteur de risque identifié.

L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 4 ans et 75% ≤ 11 ans)

Tableau 1 : Nombre de cas et incidence cumulée des PIMS liés à la COVID-19, par groupe d'âge France, 02/03/2020 au 26/12/2021

Groupe d'âge	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	Total
Nombre de cas	107	133	287	160	57	744
%	14	18	39	21	8	100
Incidence cumulée (/100 000)	5,0	5,8	6,9	4,7	2,3	5,1
Population INSEE 2020	2 129 928	2 285 140	4 144 422	3 403 399	2 513 338	14 476 227

Un délai moyen de survenue des PIMS de quatre à cinq semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 est fréquemment observé

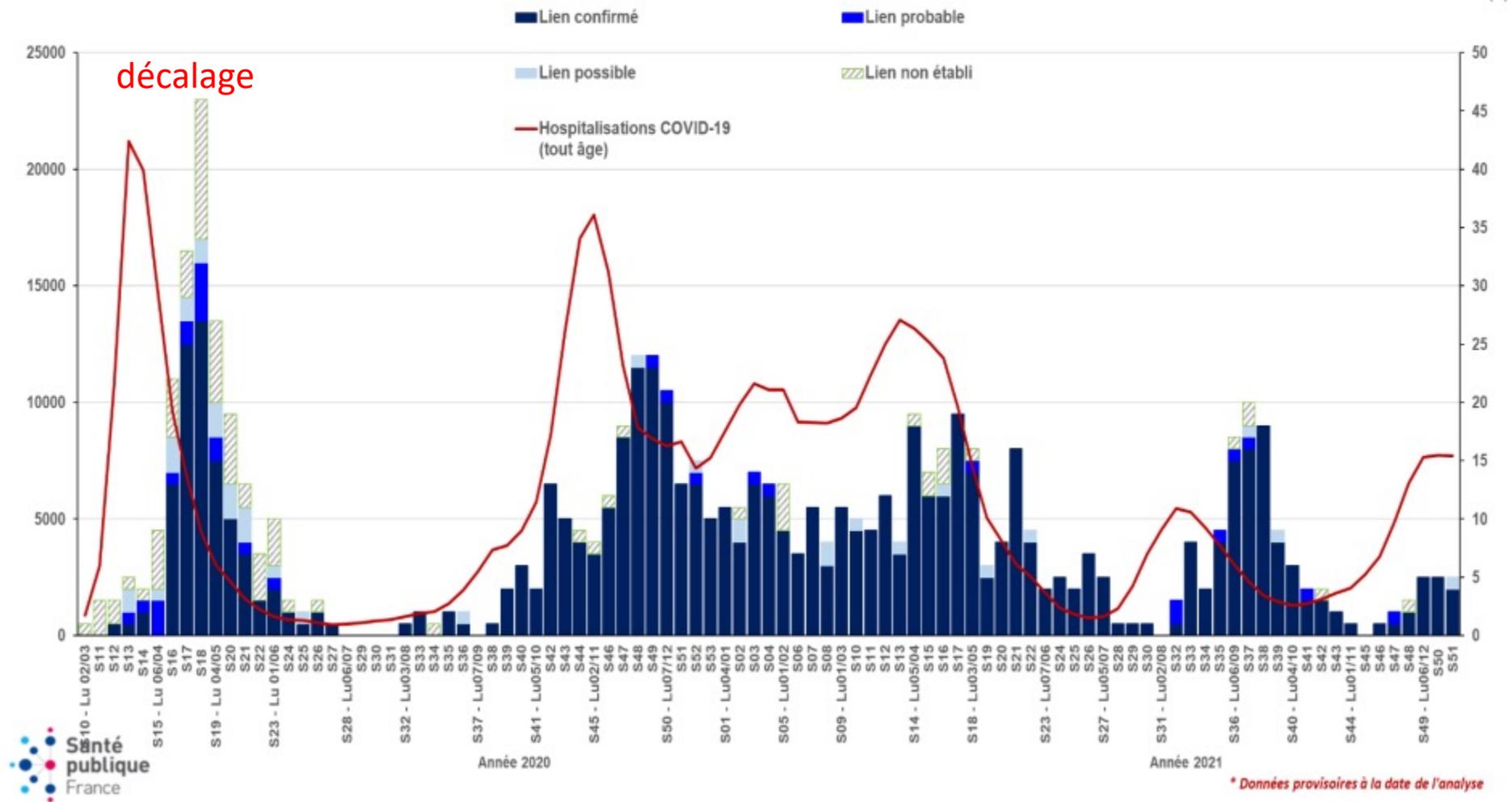
PIMS: pas ou peu de co-morbidités



Nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et d'hospitalisations COVID-19 tout âge confondu, du 02 mars 2020 au 26 décembre 2021, France (données au 30 décembre 2021)

Cas COVID-19 hospitalisés (N)

Cas PIMS hospitalisés (N)



Organisation de la vaccination contre la Covid 19 chez l'enfant

Webinaire AFPA

6 janvier 2022

Dr Fabienne Kochert



Qui peut vacciner les enfants ?

Centre de vaccination : filière pédiatrique

PMI pour les 5 - 6 ans

Professionnels de santé : médecin (généraliste, spécialiste notamment pédiatre), infirmier, puéricultrice (sur prescription médicale) : rémunération à l'acte

Structure d'exercice coordonné (MSP, ESP ...) : rémunération à l'acte ou au forfait

Relais ambulatoire de vaccination : nouveau depuis fin 2021

Vaccination en structure d'exercice coordonné

Convention avec l'ARS

Accord de l'ARS pour dépasser le seuil
de 1 flacon/sem/praticien

Commande des flacons via le portail
de télédéclaration dédié

Ouverture de la vaccination au delà de
la patientèle de la structure

Choix de la rémunération : « à l'acte »
ou « au forfait »

À l'acte : cotation de chaque acte de vaccination

Forfait : contrat avec la CPAM

- Rémunération mensuelle versée à la structure d'exercice coordonné au nombre d'injections effectuées (19,60 €/injection, pas de tarif pédiatrique pour le moment)
- Répartition de la somme entre les professionnels qui ont vacciné
- Chaque professionnel perçoit en plus directement par ameli la rémunération correspondant à l'injection : 5,40 €/injection

Relais ambulatoire de vaccination

- Structure d'exercice regroupé ou coordonné (MSP, cabinet de groupe, centre de santé, ESP)
- Convention avec l'ARS et la structure transmise à la CPAM
- Permet de :
 - Bénéficiaire du renfort de PS retraités ou d'étudiants rémunérés par l'AM sur la base de forfaits applicables en centre de vaccination
 - Bénéficiaire d'une rémunération forfaitaire horaire identique à celle des centres de vaccination
 - Percevoir une aide financière (fond FIR) pour la prise en charge de l'organisation logistique (1500 €)

Relais ambulatoire de vaccination : cahier de charges

- Organisation sécurisée de la vaccination
- Réaliser au moins 200 vaccinations/mois
- Ouvrir la vaccination au delà de la patientèle de la structure avec visibilité de la prise de rdv via plateforme de rdv (doctolib, maiia ...)
- Commander les vaccins nécessaires via le portail de télédéclaration ouvert aux professionnels de ville
- Indiquer à l'ARS la nombre de doses injectées à la fin de chaque mois

Prise de rdv en ligne dédiée à la vaccination

The screenshot displays the Maïia online booking interface. At the top, the header includes the Maïia logo, a search bar with the placeholder text "Patient, praticien, centre", and navigation icons. Below the header, a calendar for January 2022 is visible on the left, with the 13th and 14th highlighted. The main area shows a booking grid for Dr Fabienne KOCHERT, with columns for Thursday 13th, Friday 14th, and Saturday 15th. The time slots range from 08:00 to 13:00. A red circle highlights the "Salle De VACCINATION" label in the top right of the grid. A red plus sign is located in the bottom right corner of the grid.

Maïia

Q Patient, praticien, centre

Janvier 2022

L M M J V S D

52 27 28 29 30 31 01 02

01 03 04 05 06 07 08 09

02 10 11 12 13 14 15 16

03 17 18 19 20 21 22 23

04 24 25 26 27 28 29 30

05 31 01 02 03 04 05 06

Centre vaccination COVI...

Praticiens

Dr Fabienne KOCHERT

Salle De VACCINATION

Dr Fabienne KOCHERT

Salle De VACCINATION

Jeu 13 Ven 14 Sam 15

08:00 08:00 FK CE JOUR

09:00

10:00

11:00

12:00

13:00

Salle De VACCINATION

+

Commander les vaccins

Pour les médecins en cabinet : auprès du pharmacien

- 1 flacon par semaine par praticien (10 doses)
- Attention au délai (15 jours)
- Ordonnance initiale nécessaire

Vaccination en MSP ou structure d'exercice coordonné

- Accord de l'ARS pour le nombre de doses
- Flacons et consommables délivrés par la pharmacie hospitalière

Ne pas oublier de commander les TROD auprès du pharmacien

ORLEANS

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

15 JANVIER 2022

La MSP Madeleine Brès

7 rue Porte Madeleine à Orléans

vous informe qu'une journée de vaccination des
ENFANTS de 5 à 11 ans
sera organisée par un pédiatre et une puéricultrice
de 9H à 18h

Un test rapide d'orientation diagnostique sera effectué

Prise de rendez-vous sur maiaa.com
ou par téléphone au 02 46 91 50 01 (tapez 2)
secretaire.pediatrie@orange.fr



*Le pouvoir de se protéger
et de protéger les autres*

Merci pour votre
attention

Comment organiser les rdv ?

- Prise de rendez-vous en ligne et téléphonique préférable
- Plages d'horaires spécifiques enfants pour faciliter la présence parentale et éviter l'absence scolaire (mercredi, samedi matin, fin d'après-midi)
- Eviter de mélanger des enfants de 5-11 ans et des adolescents > 11 ans
- Nombre de rendez-vous cohérent :
 - 10-11 doses vaccinales par flacon Comirnaty (Pfizer-BionTech) pédiatrique **orange**
 - 6-7 doses vaccinales par flacon Comirnaty (Pfizer-BionTech) **violet**



Comment organiser les rdv ?

- Faire remplir le questionnaire pré-vaccinal et l'autorisation parentale au préalable pour gagner du temps (envoi mail)
- Prévoir, si possible, un rappel de rendez-vous (SMS, mail, rappel téléphonique) pour éviter tout gaspillage
- Prévoir un temps suffisant pour les plus petits par rapport aux grands (TROD, préparation de l'injection, distraction etc.)
- Demander aux parents d'apporter leurs propres jouets ou livres pour le temps d'attente



- Organisation des séances de vaccination de préférence avec au moins une aide pour **accueil** et **enregistrement** des vaccins sur AmeliPro
- Remplissage **Questionnaire vaccination pédiatrique** COVID-19
- Remplissage et signature **Autorisation parentale**
- TROD sérologique si pas d'ATCD (TAG ou PCR +, sérologie positive préalable)
- Ne pas mélanger **doses pédiatriques** avec **doses adolescents/Adultes**
- Espace surveillance post-vaccinale (salle d'attente)
- Espace de surveillance renforcée et d'intervention en cas de réaction vaccinale avec équipement



Quelle ergonomie pour vacciner ?

Organisation des séances de vaccination avec au moins une aide pour ...

- **Accueil**
- **Enregistrement** des vaccins sur Ameli [Téléservice Vaccin Covid](#)
- Remplissage du carnet de santé
- avant 12 ans, pas de délivrance d'une **attestation vaccinale**, car pas de pass sanitaire (vaccinal)
- **Prise de rdv** pour 2. injection au bout de 21 jours (18-24 jours)



Entretien pré-vaccinal

Questionnaire medical

- ATCD
- Fièvre ou pathologie aiguë
- Allergie
- Myocardite péricardite
- Ac monoclonaux anti-COVID
- Traitement anticoagulant ou thrombopénie
- PIMS
- Réaction indésirable après injection préalable vaccin COVID



QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINATION CONTRE LE COVID-19 VACCINATION PEDIATRIQUE

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Numéro de sécurité sociale: _____

Votre enfant a-t-il eu un test (PCR ou antigénique) positif? Si oui, à quelle date? Oui Non

Votre enfant a-t-il eu de la fièvre aujourd'hui? Oui Non

Votre enfant a-t-il des antécédents d'allergie à certaines substances? Oui Non

Votre enfant a-t-il présenté un épisode de myocardite ou péricardite? Oui Non

Votre enfant a-t-il reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid-19 dans les deux derniers mois? Oui Non

Votre enfant est-il sous traitement anticoagulant? Votre enfant a-t-il une baisse des plaquettes? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19? Oui Non

Si votre enfant a déjà reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, a-t-il présenté un effet indésirable grave après la première injection? Oui Non

ANTI-COVID

Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel « SI Vaccin Covid » mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et uniquement pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la covid-19. Pour plus d'informations sur ce traitement, les coordonnées des responsables de traitement, les destinataires ou catégories de destinataires, les durées de conservation ainsi que la possibilité d'introduire un recours auprès de la CNIL, nous vous invitons à consulter les mentions RPGD complètes sur le site ameli.fr ou à flasher le QR Code. Ce questionnaire papier pourra être conservé pendant une durée maximale de trois mois après la date de

**Réservé au prescripteur –
Réalisation d'une injection**

Entretien pré-vaccinal

Autorisation parentale

- Signée par au moins un parent ou responsable légal
- Autorisation vaccin
- Autorisation TROD sérologique



AUTORISATION PARENTALE DANS LE CADRE DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Je soussigné(e),

Parent 1 : _____

Parent 2 (*facultatif*) : _____

Numéro de sécurité sociale de l'enfant ou du parent / responsable légal de
rattachement¹ : _____

certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal²,
autorise le centre de vaccination de

- _____
- à vacciner mon enfant contre la Covid-19³ : Oui Non
 - à effectuer un test rapide d'orientation diagnostique sérologique :
 Oui Non

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fait à _____

Le _____

Signature(s) parent(s)

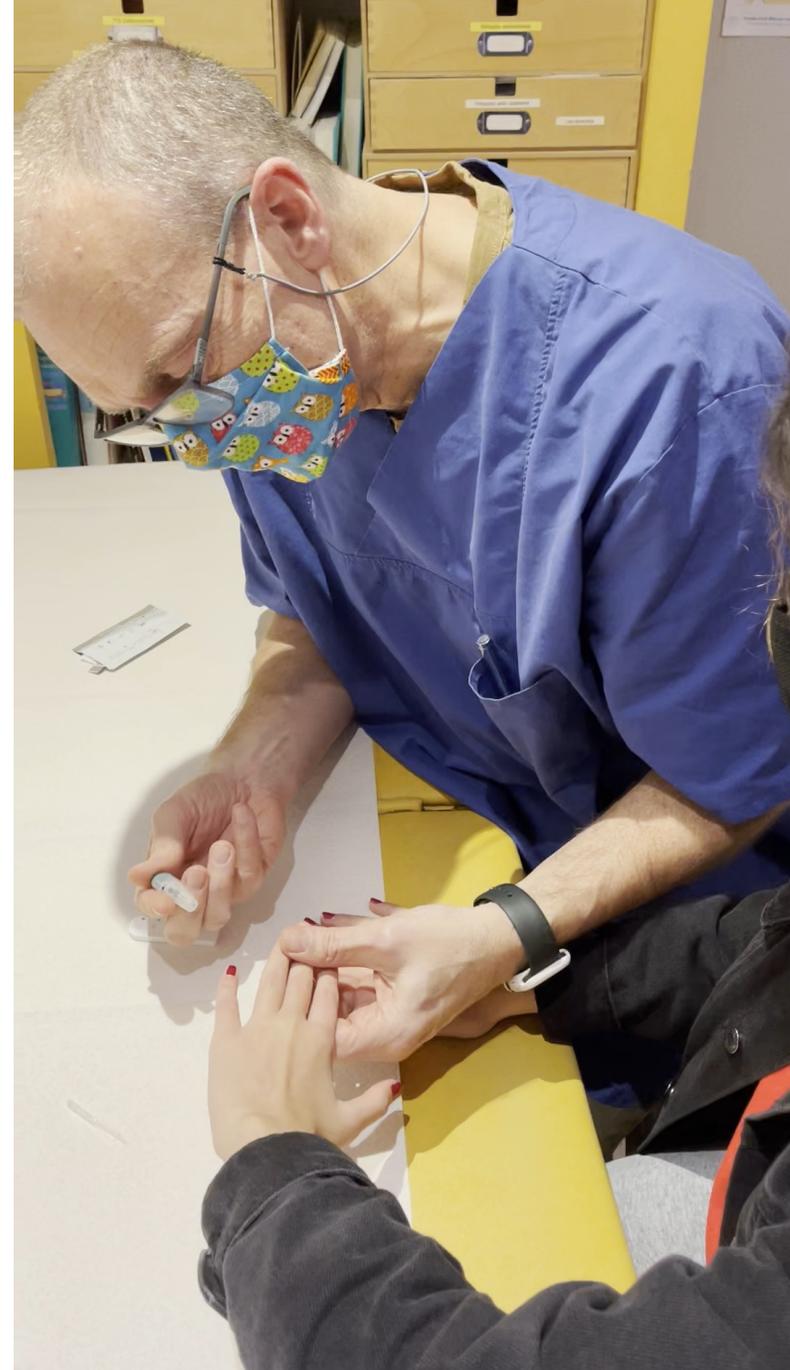
ANTI-COVID

TROD



- TROD (test rapide d'orientation diagnostique) sérologique très fortement recommandé si pas d'ATCD COVID-19 (TAG ou PCR +, sérologie préalable positive)

<https://afpa.org/outil/biosynex-catalogue-tarifs/>



Acte vaccinal

Ne pas confondre ...

- doses pédiatriques
- doses adolescents/Adultes



Aiguille 16 mm 25 gauges



Acte vaccinal

Comirnaty dose
pédiatrique :



Préparation :

1. Vaccin décongelé, dilution dans son flacon d'origine,
2. Dilution à l'aide de **1,3 ml** sol. inj. NaCl 0,9%, aiguille max 21 G (verte)
3. Aspirer 1,3 ml d'air pour équilibrer la pression
4. Retourner délicatement 10 fois (ne pas secouer)
5. Après dilution **2,6 ml** soit 10 (max. 12) doses de 0,2 ml de vaccin
6. Noter date et heure de l'expiration sur le flacon (max. 12 h à 2-30°C après dilution)
7. Prélever **0,2 ml** de Comirnaty pédiatrique par dose vaccinale



Aiguille 16 mm 25 G



TECHNIQUE INJECTION

Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccines

PRELIMINARY – SUBJECT TO CHANGE PENDING REGULATORY GUIDANCE AND AUTHORIZATION/APPROVAL

Description	Current Adult/Adolescent Formulation (1170 and 450 packs)	Future Pediatric Formulation
	<i>Dilute Prior to Use</i>	<i>Dilute Prior to Use</i>
Age Group	12 years and older	5 to <12 years**
Vial Cap Color	PURPLE 	ORANGE 
Dose	30 mcg	10 mcg
Injection Volume	0.3 mL	0.2 mL
Fill Volume (before dilution)	0.45 mL	1.3 mL
Amount of Diluent* Needed per Vial	1.8 mL	1.3 mL
Doses per Vial	6 doses per vial (after dilution)	10 doses per vial (after dilution)
Storage Conditions		
ULT Freezer (-90°C to -60°C)	9 months	6 months
Freezer (-25°C to -15°C)	2 weeks	N/A
Refrigerator (2°C to 8°C)	1 month	10 weeks

Q: Can the current adult/adolescent formulation (purple cap) be used to vaccinate children 5 to <12 years old once the vaccine is authorized for this age group?

A: No. For children under 12 years of age, you cannot use the current formulation and will need to use the future pediatric (orange cap) formulation.

Purple Cap – Adult/Adolescent: Authorized only for ages 12 years and older



Orange Cap – Pediatric: Future authorization for ages 5 to <12 years. A separate vaccine formulation specific for a 10mcg dose will be introduced.



NOTE: Use of the current adult/adolescent formulation (purple cap) to prepare doses for children 5 to <12 years would result in an injection volume for the 10mcg dose of 0.1mL, which is both generally considered too small for typical IM injections and has not been studied.

*Diluent: 0.9% sterile Sodium Chloride Injection, USP (non-bacteriostatic; DO NOT USE OTHER DILUENTS)

**The vaccine is currently under emergency use authorization review by the Food and Drug Administration (FDA) for children 5 to <12 years old



Video:
Espace de Santé Publique du CH
Métropole Savoie Chambéry.
Avec la participation de Maryse

Temps 1 Préparer



Temps 3 Injecter



Surveillance post-vaccinale

- Temps de surveillance obligatoire de **15 minutes**



Antihistaminique



Adrénaline



- Espace
 - surveillance post-vaccinale (salle d'attente)
- Espace de
 - surveillance renforcée et
 - d'intervention en cas de réaction vaccinale **avec équipement**



Quelle cotation ?



Cotation acte vaccinal :

- < 6 ans VAC (25€) + MEP (4€) + NFE (5€) = 34 €
- 6 ans et plus VAC (25€) + NFE (5€) = 30 €

- Cocher AMO puis exodiv3 → Prise en charge à 100%

- Un forfait supplémentaire de 5,40 € est versé à posteriori pour chaque injection saisie dans le [Téléservice Vaccin Covid](#)



Secteur 2 : **tarif opposable !!**

Bénéficiaire de la facturation COVID Enfants

- Les mises à jour automatique d'InfanSoft sont pour l'instant bloquées
- Afin de bénéficier de la facturation VAC+NFE et VAC+NFE+MEP
- Vous pouvez :
 - Contacter votre distributeur local afin qu'il vous installe la mise à jour ou
 - Ecrire à support.axisante@cgm-support.com en précisant votre ligne directe où un technicien pourra vous appeler
- La mise à jour est très rapide et ne nécessite pas de fermer InfanSoft
- Pour les installations en réseau, celle-ci s'installe uniquement sur le poste serveur



Documents nécessaires à la vaccination des 5-11 ans :

- Sur la page dédiée aux fiches et portfolios :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/je-suis-un-professionnel-de-sante-du-medico-social-et-du-social/article/guide-de-la-vaccination-pour-les-vaccinateurs-et-pharmaciens>
- Le portfolio, accessible directement :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/portfolio_vaccination_pediatrice.pdf
- Le questionnaire de vaccination, accessible directement :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_questionnaire_vaccination_pediatrice.pdf
- L'organisation de la campagne, accessible directement :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_organisation_de_la_campagne_de_vaccination_pediatrice-5_a_11_ans_inclus.pdf
- Les bonnes pratiques pour les CV, accessible directement :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_bonnes_pratiques_pour_l_organisation_des_lignes_pediatriques_en_centres_de_vaccination.pdf
- La présentation et l'utilisation du vaccin, accessible directement :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_presentation_et_utilisation_du_vaccin_comirnaty_pediatrice.pdf
- La FAQ pour répondre aux questions des parents, accessible directement :
[Vaccination contre le Covid-19 des 5-11 ans - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/vaccination-contre-le-covid-19-des-5-11-ans)



Comment valider la vaccination des 5-12 ans ?

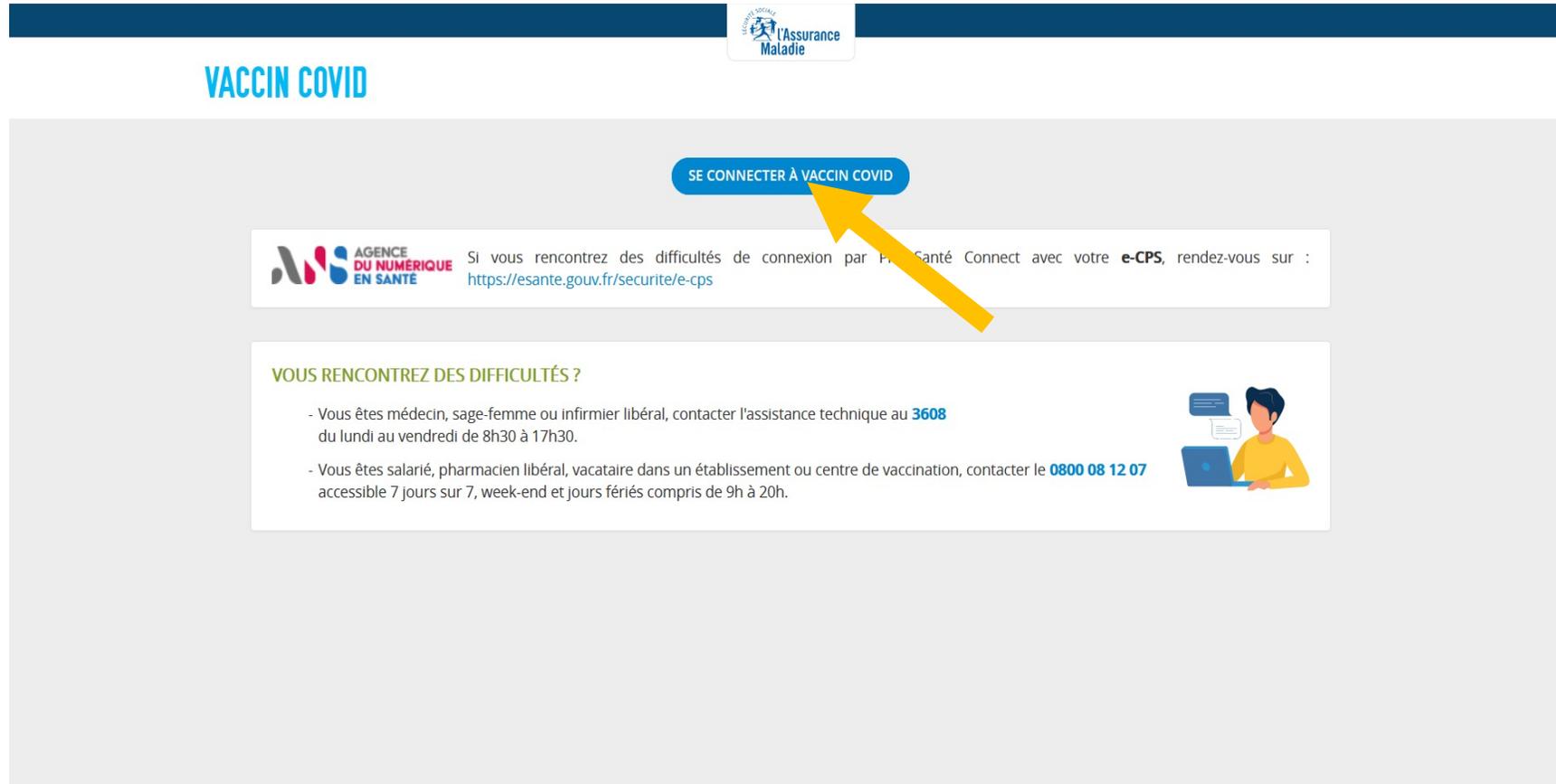
Vaccin covid-19

Comirnaty Pfizer- 10 Pédiatrique

Anne Piolet
SNPF
AFPA



Aller sur vaccination-covid.ameli.fr



The screenshot shows the top part of the website. At the top center is the logo for 'L'Assurance Maladie'. Below it, the text 'VACCIN COVID' is displayed in blue. A blue button with the text 'SE CONNECTER À VACCIN COVID' is centered below the text. A yellow arrow points from this button down to a white box containing the 'AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ' logo and text. Below that is another white box with the heading 'VOUS RENCONTREZ DES DIFFICULTÉS ?' and two bullet points. To the right of the second bullet point is an illustration of a person at a laptop.

VACCIN COVID

SE CONNECTER À VACCIN COVID

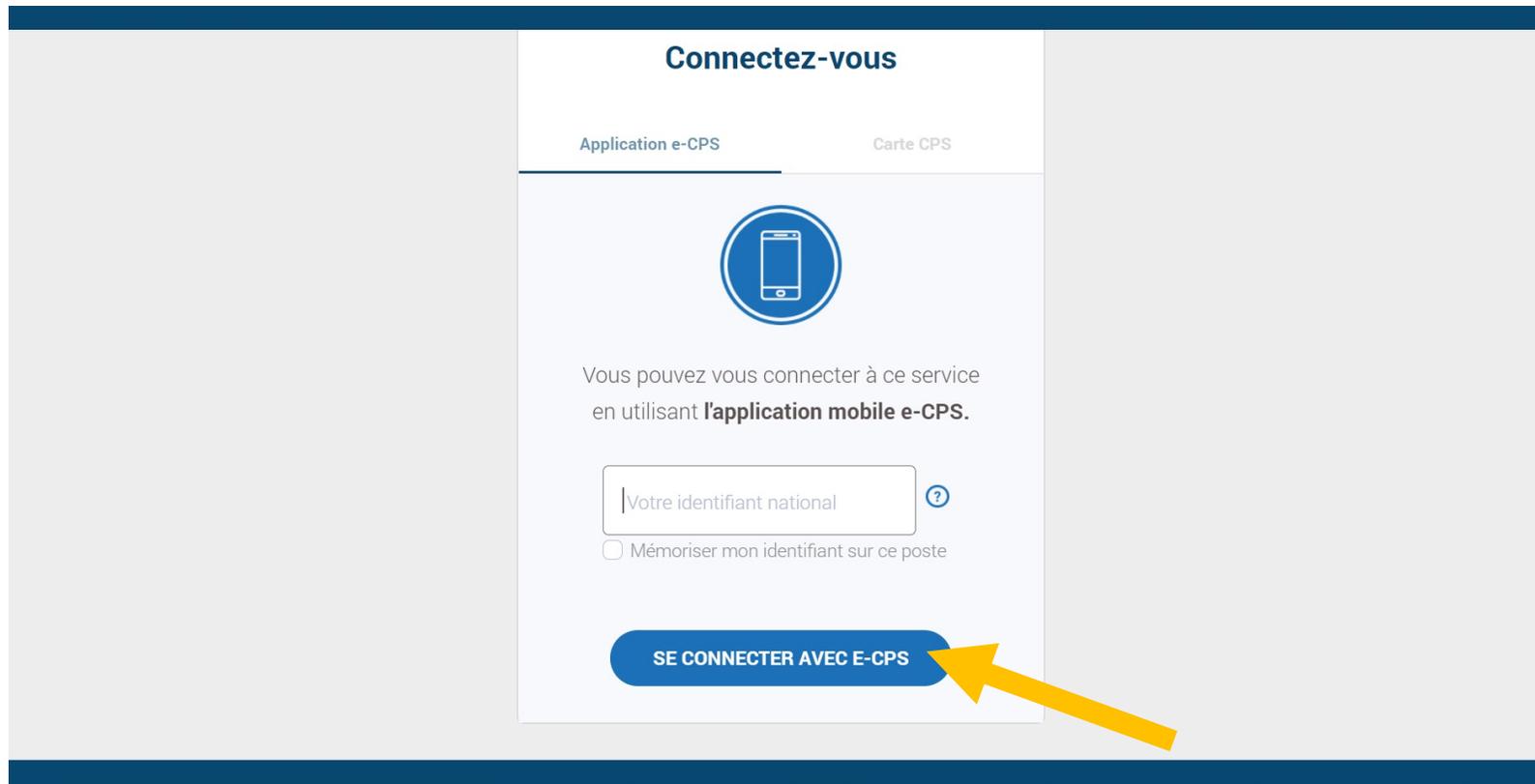
AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ Si vous rencontrez des difficultés de connexion par Santé Connect avec votre **e-CPS**, rendez-vous sur : <https://esante.gouv.fr/securite/e-cps>

VOUS RENCONTREZ DES DIFFICULTÉS ?

- Vous êtes médecin, sage-femme ou infirmier libéral, contacter l'assistance technique au **3608** du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.
- Vous êtes salarié, pharmacien libéral, vacataire dans un établissement ou centre de vaccination, contacter le **0800 08 12 07** accessible 7 jours sur 7, week-end et jours fériés compris de 9h à 20h.



Connectez vous avec votre eCPS et créez un raccourci sur le bureau



Connectez-vous

Application e-CPS Carte CPS



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



Mémoriser mon identifiant sur ce poste

SE CONNECTER AVEC E-CPS



Ce PC



Corbeille



Acrobat Reader DC



HP LaserJet M101-M106



TeamViewer



Firefox



VACCIN COVID - Accueil



Microsoft Edge



QUESTIONNAIR...



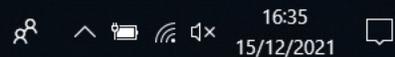
Recueil des effets indésirables



Copie de fiche teletransmission...



fiche-3e-dose-s...



16:35
15/12/2021

Enregistrez les paramètres pour la journée:
nom du vaccin, numéro de lot, lieu de vaccination
(cabinet), date de vaccination
RPPS...
puis validez

VACCIN COVID

Dr.



La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES



Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

13 caractères

Réinitialiser

RECHERCHER



Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).



La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé ainsi que les personnes placées sous leur responsabilité. Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.

VACCIN COVID

Dr. 

La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

[PDF DOCUMENTATION](#)

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

[MES PARAMÈTRES](#)

Cette page vous permet d'enregistrer, si vous le souhaitez, vos préférences de saisies pour vos futures saisies de vaccination. Les paramètres enregistrés sur cette page seront repris en pré-remplissage dans les différents onglets d'éligibilité et de vaccination. Ces paramètres seront valables sur la journée.

Informations sur la vaccination :

Nom du vaccin :

Pfizer Comirnaty-30 adulte



Numéro de lot :

FH9951



Date de vaccination :

20/12/2021



Lieu de vaccination :

Centre de vaccination

Nom du lieu de vaccination : 

Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

Code postal du lieu de vaccination : ?

N° de structure du lieu de vaccination : ?

Pas de num
pour les
libéraux

Délégation de saisie dans Vaccin COVID :

Oui

Non

Je suis un professionnel de santé remplaçant libéral :

Oui

Non

?

N° RPPS/ADELI :

N° AM/FINESS :

Nom :

Prénom :

VALIDER

- ▪ La délégation de saisie est disponible lorsque « Centre de vaccination » est sélectionné dans le lieu de vaccination.
- ▪ Si vous êtes professionnel de santé remplaçant libéral, il est nécessaire de cocher « Oui » et de saisir le N°AM/FINESS du professionnel remplacé. La saisie sera reportée automatiquement dans le champ N°AM/FINESS de l'onglet « Éligibilité Vaccination »

 Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

Code postal du lieu de vaccination : 

N° de structure du lieu de vaccination : 

Délégation de saisie dans Vaccin COVID :

Oui

Non

Je suis un professionnel de santé remplaçant libéral :

Oui

Non



N° RPPS/ADELI :

N° AM/FINESS :

Nom :

Prénom :


VALIDER

Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

Code postal du lieu de vaccination :

N° de structure du lieu de vaccination :

Délégation de saisie dans Vaccin

Vos paramètres ont été enregistrés et sont valables ce jour jusqu'à 23h59. Vous allez être redirigés automatiquement vers l'onglet « Identification patient ».

Je suis un professionnel de santé

N° RPPS/ADELI :

N° AM/FINESS :

Nom :

Prénom :

OK



VALIDER

Enregistrement 1^{ère} vaccination

Allez dans « identification patient »

Inscrivez le NIR du parent puis s'assurer de
l'identité du patient en repérant le pictogramme
enfant

Validez l'éligibilité de l'enfant à la vaccination

Imprimez

VACCIN COVID

Dr. 

 La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

 DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

[Réinitialiser](#)

RECHERCHER

 Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

 La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé ainsi que les personnes placées sous leur responsabilité. Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.

 Suite à une opération de maintenance, vous pouvez rencontrer des difficultés dans l'utilisation du service Vaccin COVID ce mercredi 15 Décembre de 20h00 à 21h30 pour les recherches assurés. Veuillez nous excuser pour la gêne occasionnée. Rappel : La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

 DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES

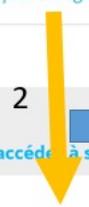
Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

 Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

Vous avez eu l'autorisation de votre patient pour accéder à son dossier.

Vous avez eu l'autorisation de votre patient pour accéder à son dossier.



VACCIN COVID  Dr. Jean-Louis ANGELINI 

DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT | MES VACINATIONS | MES PARAMÈTRES

Saisissez son code patient : Ou saisissez son NIR :

Réinitialiser **RECHERCHER**

i Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient via ce lien.

Vous devez préciser le patient concerné :

 EL AMRANI M	<input type="text"/>	né le 31/20/1968	>
--	----------------------	------------------	---

ELARGIR LA RECHERCHE

i La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé aux professionnels de santé ainsi que les personnes placées sous leur responsabilité. Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.

IDENTIFICATION PATIENT | MES VACINATIONS | MES PARAMÈTRES

Saisissez son code patient : Ou saisissez son NIR :

Réinitialiser **RECHERCHER**

i Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient via ce lien.

Vous devez préciser le membre de la famille concerné :

 EL AMRANI N	<input type="text"/>	né le 31/20/1968	>
 EL AMRANI V	<input type="text"/>	né le 11/09/2008	>
 EL AMRANI H	<input type="text"/>	née le 29/04/2011	>
 EL AMRANI ,	<input type="text"/>	née le 12/12/1986	>

i La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé aux professionnels de santé ainsi que les personnes placées sous leur responsabilité. Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

Réinitialiser

RECHERCHER

Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

Veillez préciser le patient concerné :



né le



Vous avez eu l'autorisation de votre patient pour accéder à son dossier.

	DATE DE DÉBUT	STATUT	DEPUIS LE	
Cycle vaccinal du	<input type="text"/>	en cours	<input type="text"/>	

CRÉER UN NOUVEAU CYCLE

ELARGIR LA RECHERCHE



[REDACTED] née [REDACTED], le [REDACTED] [Mettre à jour les informations du patient](#) > [Changer de patient](#) >

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

Informations du professionnel de santé délivrant l'ordonnance :

N° RPPS/ADELI : [REDACTED] N° AM/FINESS : [REDACTED]

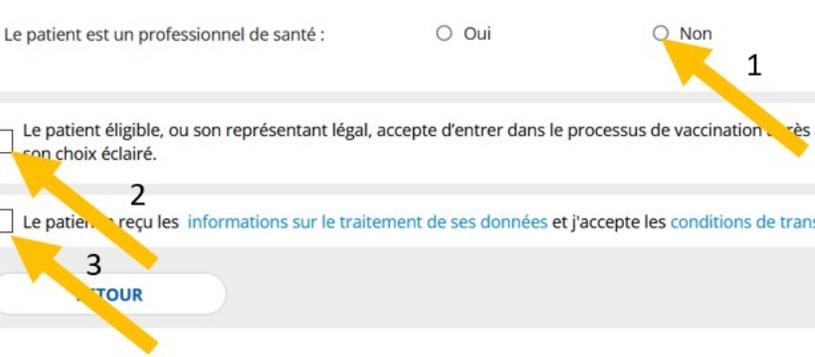
Nom : [REDACTED] Prénom : CHANTAL

Date de l'ordonnance : 16/12/2021

Le patient est un professionnel de santé : Oui Non ?

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. ?

Le patient a reçu les [informations sur le traitement de ses données](#) et j'accepte les [conditions de transmission des données](#).



[redacted] née [redacted] le [redacted] [Mettre à jour les informations du patient](#) > [Changer de patient](#) >

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

Informations du professionnel de santé délivrant l'ordonnance :

N° RPPS/ADELI : N° AM/FINESS :

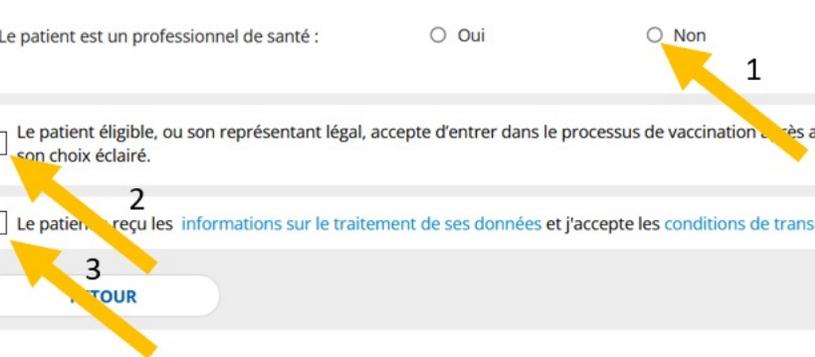
Nom : Prénom :

Date de l'ordonnance : 

Le patient est un professionnel de santé : Oui Non 

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. 

Le patient a reçu les [informations sur le traitement de ses données](#) et j'accepte les [conditions de transmission des données](#).



[Mettre à jour les informations du patient >](#)[Changer de patient >](#)Je suis le professionnel de santé qui délivre l'ordonnance : **Oui** Non**Informations du professionnel de santé délivrant l'ordonnance :**

N° RPPS/ADELI :

[REDACTED]

N° AM/FINESS :

Nom :

[REDACTED]

Prénom :

[REDACTED]

Date de l'ordonnance :

16/12/2021 Le patient est un professionnel de santé : Oui **Non** 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. Le patient a reçu les [informations sur le traitement de ses données](#) et j'accepte les [conditions de transmission des données](#).

RETOUR

VALIDER

Saisie de la première vaccination

- Saisissez la première vaccination
- Nom du vaccin
- Numéro de lot
- Date, heure, lieu
- Mode de vaccination: IM
- Bras
- Validez
- Imprimez l'attestation certifiée 1/2(QRCode) et la synthèse (à signer)
- Puis changez de patient sans terminer le cycle (sinon 1/1)

VACCIN COVID

Dr. 



[Mettre à jour les informations du patient >](#)

[Changer de patient >](#)

Statut : **Assurée**

Régime Général

NIR : 



Attention, la session va expirer dans quelques minutes. Vous pouvez prolonger votre session via ce lien : [prolonger ma session et retourner à l'accueil.](#)

Cycle vaccinal créé le 20/12/2021 - En cours

[Annuler le cycle](#)

ELIGIBILITÉ VACCINATION **PRESCRIPTION** RÉVOCATION

- Pfizer Comirnaty-30 adulte
- Moderna
- AstraZeneca
- Janssen
- Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique

Numéro de lot :

FH9951

Injection intramusculaire

Zone d'injection :

VACCIN COVID

Dr. 

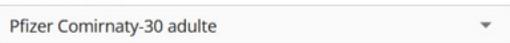
 [Mettre à jour les informations du patient >](#) [Changer de patient >](#)

Statut : **Assurée**
NIR : 

 Attention, la session va expirer dans quelques minutes. Vous pouvez [prolonger la session et retourner à l'accueil.](#)

Cycle vaccinal créé le 20/12/2021 - En cours

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

Nom du vaccin :
 Pfizer Comirnaty-30 adulte

Date de vaccination :  20/12/2021
Heure de vaccination : 14:42

Mode d'administration :
 Injection intramusculaire

Zone d'injection :

- 122001
- 123001
- 123002
- 124001
- 126001
- 128001
- 128002
- FH9951**

[Annuler le cycle](#)

Mettre à jour les informations du patient > Changer de patient >

16/12/2021  14:41

Mode d'administration :

Injection intramusculaire ▼

Zone d'injection :

- Bras gauche
- Bras droit
- Autre



 Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

Centre de vaccination Chamalières - 63400 - Chamalières ▼

Code postal du lieu de vaccination : ?

63400 ▼

N° de structure du lieu de vaccination : ?

000002526

Le patient a reçu les [informations sur le traitement de ses données](#) et j'accepte les [conditions de transmission des données](#).

VACCIN COVID

amelipro

Dr. [nom] [personne]

4 Mettre à jour les informations du patient > Changer de patient >

Zone d'injection :

Bras gauche

Lieu de vaccination :

Centre de vaccination

Nom du lieu de vaccination : ?

Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

Centre de vaccination Chamalières - 63400 - Chamalières

Centre de vaccination Chamalières - 63400 - Chamalières

1

Le patient a reçu les informations sur le traitement de ses données et j'accepte les conditions de transmission des données.

2

RETOUR

VALIDER

3



Mettre à jour les informations du patient >

Changer de patient >

N° AM/FINESS : *****

Heure de vaccination : **14:41**

Lieu de vaccination : **Centre de vaccination**

Mode d'administration : **Injection intramusculaire**

Code postal : **63400**

Zone d'injection : **Bras gauche**

N° de structure du lieu de vaccination : **000002526**



Date de début prévisionnelle de la seconde injection au 06/01/2022

Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à votre patient l'attestation qui certifie sa vaccination.

IMPRIMER L'ATTESTATION CERTIFIEE

MODIFIER

SUPPRIMER

[Retour accueil Vaccin COVID >](#)

DECLARER UN EFFET INDESIRABLE

*Privilégier la déclaration des effets indésirables graves et/ou inattendus
(non mentionnés dans le RCP ou intenses en sévérité pour un effet indésirable connu)*

EU DIGITAL COVID
CERTIFICATE

CERTIFICAT COVID
NUMÉRIQUE UE



FR
MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Ce certificat n'est pas un document de voyage. Un message certifié pourra être utilisé en
fonction des besoins de la pandémie. Après avoir vérifié dans un pays étranger, vérifiez
les exigences relatives à votre certificat pour le pays. (1)

Les informations personnelles peuvent être consultées (2)

Ce document est consulté et non transféré. Il est utilisé en application de l'article 6
de la loi de 1978 relative à l'accès des citoyens à leur dossier médical et à l'obligation de confidentialité
concernant les données relatives à la vaccination (3)

Il est recommandé aux personnes âgées de 65 ans et plus de faire passer, par exemple, un
document "Données personnelles" au médecin ou à l'assistant social. Ce document est
consulté après le dernier de votre carte d'identité ou de votre dossier de vaccination en
fonction de la situation de votre dossier de données. Pour en savoir plus sur le
dossier de vos données, consultez le site de votre médecin généraliste.

La loi n° 2016-1624 relative à la protection des données personnelles prévoit un accès limité de
certains acteurs de la santé (professionnels de santé, etc.) à votre dossier de données de
santé en fonction de leur rôle et de la nature de leur intervention. Les données de votre dossier
sont protégées dans toute la mesure du possible en vertu de la loi n° 2016-1624 relative à la
protection des données.

Pliez ici pour glisser dans
l'appareil (4)



Nom(s)

et prénom(s)

(Nom et prénom)

Date de naissance

(Date et lieu)



Pour plus de confidentialité de vos données de santé, nous vous
recommandons de ne pas mentionner que le motif QR code de provenance en
présentant votre attestation.

CERTIFICAT DE VACCINATION
VACCINATION CERTIFICATE

Médicins ou agents (SRM)

(Désigne un agent (SRM))

Vaccinoprothèse

(Vaccinoprothèse)

Médicament vaccinal

(Médicament vaccinal)

Fabricant ou titulaire de
l'autorisation de mise sur le
marché du vaccin

(Holder or manufacturer)

Nom dans une série de
vaccinoblastes

(Number in a series of
vaccinoblastes and the overall
number of doses in the series)

Date de la vaccination

(Date of vaccination)

État membre de vaccination

(Member State of vaccination)

Émetteur du certificat

(Certifier issuer)

COVID-19

(840,20006)

COVID-19 vaccines

(2709003)

Comirnaty

(S13 12011326)

Biontech Manufacturing

GmbH

(BIOG-100030215)

1/2

2021-12-20

FR

CNAM

Imprimer

1 feuille de papier

Destination

IMP013 -- HP LaserJet M10...

Copies

1

Orientation

Portrait Paysage

Pages

Toutes

Mode de couleur

Noir et blanc

Plus de paramètres

Imprimer en utilisant la boîte de
dialogue système...

Imprimer

Annuler

EU DIGITAL COVID CERTIFICATE

CERTIFICAT COVID NUMÉRIQUE UE




**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Nom(s)
et prénom(s)
*Surname(s)
and forename(s)*

Date de naissance
Date of birth



Par souci de confidentialité de vos données de santé, nous vous recommandons de ne présenter que le seul QR code de preuve en pliant cette attestation

Ce certificat n'est pas un document de voyage. Un nouveau certificat pourra être exigé en fonction de l'évolution de la pandémie. Avant de vous rendre dans un pays étranger, vérifiez les mesures sanitaires locales appliquées pour la Covid-19.

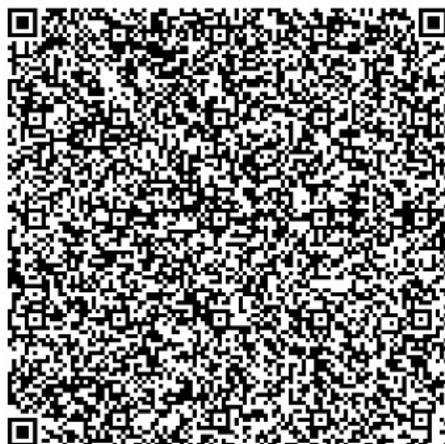
Les informations pertinentes peuvent être trouvées ici :
<https://reopen.europa.eu/en>

Ce document est personnel et non transférable. Il est délivré en application du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la Covid-19.

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 le site d'information ameli.fr (<https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1 et svts du code pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière aux titres des articles L. 162-1-14 du code de la Sécurité sociale.

Flashez pour ajouter dans
TousAntiCovid



CERTIFICAT DE VACCINATION VACCINATION CERTIFICATE

Maladie ou agent ciblé <i>Disease or agent targeted</i>	COVID-19 840539006
Vaccin/prophylaxie <i>Vaccine/prophylaxis</i>	Covid-19 vaccines J07BX03
Médicament vaccinal <i>Vaccine medicinal product</i>	Comirnaty EU/1/20/1528
Fabricant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du vaccin <i>Vaccine marketing authorisation holder or manufacturer</i>	Biontech Manufacturing GmbH ORG-100030215
Nombre dans une série de vaccins/doses <i>Number in a series of vaccinations/doses and the overall number of doses in the series</i>	1/2
Date de la vaccination <i>Date of vaccination</i>	2021-12-20
État membre de vaccination <i>Member State of vaccination</i>	FR
Émetteur du certificat <i>Certificate issuer</i>	CNAM

Mettre à jour les informations du patient > Changer de patient >

L'acte de première vaccination COVID-19 a été enregistré
le : 16/12/2021 à 14h47

 **IMPRIMER LA SYNTHÈSE**

 **EXPORTER LA SYNTHÈSE**

Informations patient

Nom : 
Prénoms : 
NIR : 
Née le : 
Accord patient ou de son représentant légal : **Oui**
Code patient : 

Eligibilité à la vaccination

Prescripteur et déclarant :
Nom : 

Ordonnance :
Date de l'ordonnance : 16/12/2021

Synthèse des données de vaccination contre la Covid-19

Exemplaire à conserver
par le patient
(à apporter sans
chaque vaccination)

Patient(e)	
Numéro d'immatriculation : [REDACTED]	
Nom : [REDACTED]	
Prénom : [REDACTED]	
Date de naissance : [REDACTED]	
Code du patient * : [REDACTED]	
<small>*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination</small>	
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
Prescripteur :	Déclare l'éligibilité :
Nom : [REDACTED]	Nom : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]	Prénom : [REDACTED]
N° RPP : [REDACTED]	N° RPP : [REDACTED]
N° AM/FINESS : [REDACTED]	N° AM/FINESS : [REDACTED]
Date de l'ordonnance : 20/12/2021	Date d'éligibilité : 20/12/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :	
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 : prescrite vaccination avec le vaccin : Pfizer Comirnaty-30 adulte	
issu du lot : FTR951 le (date de vaccination déclarée) : 20/12/2021	
Le vaccin a été administré par : Injektiva intramusculaire dans le/la : Bras gauche	
Je t'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu à partir du : 10/01/2022	
Identification du vaccinateur (nom et prénom) : [REDACTED]	Date : 20/12/2021
[REDACTED]	Signature :
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	

Imprimer

1 feuille de papier

Destination

IMP013 -- HP LaserJet M10...

Copies

1

Orientation

Portrait Paysage

Pages

Toutes

Mode de couleur

Noir et blanc

Plus de paramètres

Imprimer en utilisant la boîte de dialogue système...

Imprimer

Annuler

Synthèse des données de vaccination contre la Covid-19

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

Patient(e)

Numéro d'immatriculation : [REDACTED]

Nom : [REDACTED]

Prénom [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED]

Code du patient * : [REDACTED]

**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 : [REDACTED]

Prénom [REDACTED]

N° RPPS [REDACTED]

N° AM/FINESS : *****

Date de l'ordonnance : 17/12/2021

Vaccin(s) non préconisé(s) :

Éligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : [REDACTED]

Prénom [REDACTED]

N° RPPS [REDACTED]

N° AM/FINESS : *****

Date d'éligibilité : 17/12/2021

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 Comirnaty-30 adulte

issu du lot : FH9951 le (date de vaccination déclarée) : 20/12/2021

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le/la : Bras gauche

Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu à partir du : 10/01/2022

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

[REDACTED]

Identifiant : [REDACTED]

Date : 20/12/2021

Signature :

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

Mettre à jour les informations du patient >

Changer de patient >

L'acte de première vaccination COVID-19 a été enregistré
le : 16/12/2021 à 14h47

 IMPRIMER LA SYNTHÈSE

 EXPORTER LA SYNTHÈSE

Informations patient

Nom : [redacted]

Prénom : [redacted]

NIR : 25 [redacted]

Née le : [redacted]

Accord patient ou de son représentant légal : **Oui**

Code patient : [redacted]

Eligibilité à la vaccination

Prescripteur et déclarant :

Nom : [redacted]

Ordonnance :

[redacted]

Cas Covid + = 1^{ère} injection : cycle terminé 1/1

- Refaire tout le cycle comme précédemment
- Penser à terminer le cycle avant les impressions pour obtenir 1/1

VACCIN COVID

Dr. 

[Mettre à jour les informations du patient >](#) [Changer de patient >](#)

Statut : **Assurée**

Régime Général

NIR : 

 Attention, la session va expirer dans quelques minutes. Vous pouvez prolonger votre session via ce lien : [prolonger ma session et retourner à l'accueil](#).

Cycle vaccinal créé le 20/12/2021 - En cours

[Annuler le cycle](#) [Terminer le cycle](#)

ELIGIBILITÉ VACCINATION

1ÈRE VACCINATION

2ÈME VACCINATION



L'acte de première vaccination COVID-19 a été enregistré
le : 20/12/2021 à 14h47

 **IMPRIMER LA SYNTHÈSE**

 **EXPORTER LA SYNTHÈSE**

VACCIN COVID

Dr. [REDACTED]

Mettre à jour les informations du patient >

Changer de patient >

Statut : **Assurée**

NIR : [REDACTED]

Régime Général

⚠ Attention, la session va expirer dans 5 minutes.

Cycle vaccinal créé le 20/12/2021 - En cours

ELIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VACCINATION

Vous êtes sur le point de confirmer qu'une seule injection est nécessaire pour votre patient, si vous confirmez l'onglet deuxième vaccination ne sera plus accessible.

Suite à la confirmation il est possible de revenir sur cette décision ultérieurement en cliquant sur le lien « Ajouter une vaccination ».

Souhaitez-vous continuer ?

NON

OUI

[Retourner à l'accueil](#)

[Annuler le cycle](#) [Terminer le cycle](#)

L'acte de première vaccination COVID-19 a été enregistré
le : 20/12/2021 à 14h47

PDF IMPRIMER LA SYNTHÈSE

CSV EXPORTER LA SYNTHÈSE

Ce certificat n'est pas un document de voyage. Un nouveau certificat pourra être exigé en fonction de l'évolution de la pandémie. Avant de vous rendre dans un pays étranger, vérifiez les mesures sanitaires locales appliquées pour la Covid-19.

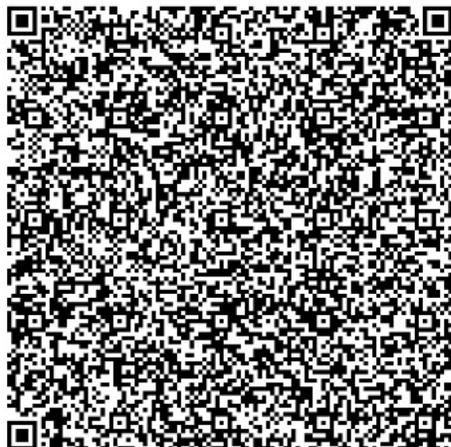
Les informations pertinentes peuvent être trouvées ici :
<https://reopen.europa.eu/en>

Ce document est personnel et non transférable. Il est délivré en application du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la Covid-19.

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 le site d'information ameli.fr (<https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1 et svts du code pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière aux titres des articles L. 162-1-14 du code de la Sécurité sociale.

Flashez pour ajouter dans
TousAntiCovid



CERTIFICAT DE VACCINATION VACCINATION CERTIFICATE

Maladie ou agent ciblé
Disease or agent targeted

COVID-19
840539006

Vaccin/prophylaxie
Vaccine/prophylaxis

Covid-19 vaccines
J07BX03

Médicament vaccinal
Vaccine medicinal product

Comirnaty
EU/1/20/1528

Fabricant ou titulaire de
l'autorisation de mise sur le
marché du vaccin
*Vaccine marketing authorisation
holder or manufacturer*

**Biontech Manufacturing
GmbH**
ORG-100030215

Nombre dans une série de
vaccins/doses
*Number in a series of
vaccinations/doses and the overall
number of doses in the series*

1/1

Date de la vaccination
Date of vaccination

2021-12-20

État membre de vaccination
Member State of vaccination

FR

Émetteur du certificat
Certificate issuer

CNAM

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 Comirnaty-30 adulte
issu du lot : FH9951 le (date de vaccination déclarée) : 20/12/2021
Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le/la : Bras gauche
Je l'ai informé que son cycle vaccinal est terminé.

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

Identifiant : [REDACTED]

Date : 20/12/2021

Signature :

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

VACCIN COVID

Assurance
Maladie

Dr. [Nom] 

Mettre à jour les informations du patient > Changer de patient >

Statut : **Assurée**
NIR : [NIR]

Régime Général

 Attention, la session va expirer dans quelques minutes. Vous pouvez prolonger votre session via ce lien : [prolonger ma session et retourner à l'accueil](#).

OU

Cycle vaccinal créé le 20/12/2021 - **Terminé** depuis le 20/12/2021

[Annuler le cycle](#) [Ajouter une vaccination](#)

ELIGIBILITÉ VACCINATION **1ÈRE VACCINATION**



Saisie de la seconde vaccination

- Identifiez le patient
- Saisissez le NIR du parent
- Elargissez la recherche à l'enfant
- Cliquez sur « Ajouter une vaccination »
- Puis « rappel seul »
- Puis « oui »
- Puis le vaccin pédiatrique

- Il apparaît « seconde vaccination »
- Nom du vaccin
- Numéro de lot
- Date, heure, lieu
- Mode de vaccination: IM
- Bras
- Motif vaccination: « rappel seul »
- Validez
- Imprimez l'attestation certifiée 2/2(QRCode) et la synthèse (à signer)
- Cliquer sur « terminer le cycle »
- Puis changez de patient

VACCIN COVID

amelipro

Dr. [REDACTED]



Suite à une opération de maintenance, vous pouvez rencontrer des difficultés dans l'utilisation du service Vaccin COVID ce mercredi 15 Décembre de 20h00 à 21h30 pour les recherches assurés. Veuillez nous excuser pour la gêne occasionnée. Rappel : La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

Réinitialiser

RECHERCHER

1



Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

Veillez préciser le patient concerné :

2



Vous avez eu l'autorisation de votre patient pour accéder à son dossier.

né le



ELARGIR LA RECHERCHE

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

Réinitialiser

RECHERCHER



Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

Veillez préciser le patient concerné :



[REDACTED]

[REDACTED]

né le [REDACTED]



Vous avez eu l'autorisation de votre patient pour accéder à son dossier.

	DATE DE DÉBUT	STATUT	DEPUIS LE	
Cycle vaccinal du	[REDACTED]	En COURS	05/05/2021	

CRÉER UN NOUVEAU CYCLE

ELARGIR LA RECHERCHE





VACCIN COVID

Dr. [redacted] 

[redacted] [Mettre à jour les informations du patient >](#) [Changer de patient >](#)

Statut : **Assuré**

Régime Général

NIR : [redacted]

Cycle vaccinal créé le [redacted] - [redacted]

[Annuler le cycle](#) [Ajouter une vaccination](#)

ELIGIBILITÉ VACCINATION

1ÈRE VACCINATION



VACCIN COVID

Dr. []

Statut : **Assuré**

NIR : []

Cycle vaccinal créé le 05/05/2021 - []

ELIGIBILITÉ VACCINATION 1ÈRE VAC

Vous êtes sur le point de confirmer qu'une injection supplémentaire est nécessaire pour votre patient.

Vous devez sélectionner le motif : "Motif médical" pour les patients fragiles à très haut risque ou avec une immunodépression forte.

Veillez sélectionner un motif d'injection supplémentaire dans le menu déroulant ci-dessous :

Rappel seul

Rappel concomitant à vaccination grippe

Motif médical

NON

OUI

Finir le cycle [Ajouter une vaccination](#)

PDF IMPRIMER LA SYNTHÈSE

CSV EXPORTER LA SYNTHÈSE

Informations patient

Nom : []

VACCIN COVID

Dr. [redacted] 

[redacted]

[Mettre à jour les informations du patient >](#) [Changer de patient >](#)

Statut : **Assuré**

Régime Général

NIR : [redacted]

Cycle vaccinal créé le [redacted]

[Annuler le cycle](#)

ELIGIBILITÉ VACCINATION

1ÈRE VACCINATION

2ÈME VACCINATION

Nom du vaccin :

Pfizer Comirnaty-30 adulte

Moderna

AstraZeneca

Janssen

Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique

Bras droit

Numéro de lot :

FH9951

Lieu de vaccination :

[Mettre à jour les informations du patient >](#)[Changer de patient >](#)

15/12/2021



17:19

Mode d'administration :

Injection intramusculaire

Zone d'injection :

Bras gauche

Bras droit

Autre



Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

Centre de vaccination Chamalières - 63400 - Chamalières

Code postal du lieu de vaccination : ?

63400

N° de structure du lieu de vaccination : ?

000002526

Motif injection supplémentaire :

Rappel seul

Mettre à jour les informations du patient > Changer de patient >

Lieu de vaccination :

Centre de vaccination

Nom du lieu de vaccination : ?

Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

63

- Centre de vaccination du Centre Hospitalier Universitaire DE CLERMONT-FERRAND, site Gabriel MONTPIED - 63000 - Clermont-Ferrand
- Centre de vaccination municipal de Clermont-Ferrand - Maison des Sports de Clermont-Ferrand - 63000 - Clermont-Ferrand
- Puy-de-Dôme - Centre non référencé - 63000 - Puy-de-Dôme
- Centre de vaccination Grand Clermont - Annexe Croix de Neyrat - 63100 - Clermont-Ferrand
- Centre de vaccination Grand Clermont - Polydome - 63100 - Clermont-Ferrand
- Centre de vaccination départemental - Dispensaire Emile Roux - 63100 - Clermont-Ferrand
- Centre de vaccination de Beaumont - 63110 - Beaumont

VALIDER

Mettre à jour les informations du patient > Changer de patient >

Lieu de vaccination :
Centre de vaccination

Nom du lieu de vaccination : ?
 Saisissez le code postal ou une partie du nom du lieu pour le retrouver

Centre de vaccination Chamalières - 63400 - Chamalières

Code postal du lieu de vaccination : ? N° de structure du lieu de vaccination : ?
63400 000002526

Motif injection supplémentaire :
Rappel seul

Le patient a reçu les [informations sur le traitement de ses données](#) et j'accepte les [conditions de transmission des données](#).

RETOUR

VALIDER

1

2

[Mettre à jour les informations du patient >](#) [Changer de patient >](#)

N° AM/FINESS : *****

Heure de vaccination : **14:41**

Lieu de vaccination : **Centre de vaccination**

Mode d'administration : **Injection intramusculaire**

Code postal : **63400**

Zone d'injection : **Bras gauche**

N° de structure du lieu de vaccination : **00002526**



Date de début prévisionnelle de la seconde injection au 06/01/2022

Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à votre patient l'attestation qui certifie sa vaccination.

[IMPRIMER L'ATTESTATION CERTIFIEE](#)

[MODIFIER](#)

[SUPPRIMER](#)

[Retour accueil Vaccin COVID >](#)

[DECLARER UN EFFET INDESIRABLE](#)

*Privilégier la déclaration des effets indésirables graves et/ou inattendus
(non mentionnés dans le RCP ou intenses en sévérité pour un effet indésirable connu)*

EU DIGITAL COVID
CERTIFICATE

CERTIFICAT COVID
NUMÉRIQUE UE



FR
MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Ce certificat est valide pour un déplacement de voyage. Le titulaire certifie avoir été soigné ou
avoir été autorisé de la part de son médecin traitant à voyager sans restriction. Les certificats
qui ne sont pas valides sont indiqués par un pictogramme de l'État membre d'origine.

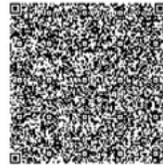
Les informations personnelles peuvent être trouvées ici:
<https://www.covid19.gouv.fr/>

Ce document est personnel et non transférable. Il est obtenu en application du décret n°
2020-1093 du 25 novembre 2020 relatif à la gestion d'un traitement de données à
caractère personnel relatif aux vaccinations contre le COVID-19.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous
declarez avoir donné votre accord, de manière libre et éclairée, pour que vos
coordonnées, ainsi que tout autre élément susceptible de vous identifier, soient
traités automatiquement par le système de traitement de données à caractère
personnel de votre État membre d'origine. Vous pouvez exercer vos droits
relatifs à votre traitement de données personnelles en contactant votre
responsable de traitement de données, auquel vous pouvez adresser vos
demandes de modification, de suppression ou de portabilité des données.
<https://www.cnil.fr/fr/la-protection-des-donnees>

La loi rend possible, à condition d'être en possession d'un certificat de vaccination, de
voyager en France, notamment pendant les périodes de confinement. La loi rend
également possible, à condition d'être en possession d'un certificat de vaccination,
de voyager sans restriction dans les États membres de l'Union européenne.

Fluyez pour ajouter dans
l'application



Nom(s)
et prénom(s)

(Surname(s)
and forename(s))

Date de naissance

(Date of birth)



Par souci de confidentialité de vos données de santé, nous vous
recommandons de ne pas présenter que le seul QR code de person en
présentant votre attestation.

CERTIFICAT DE VACCINATION
VACCINATION CERTIFICATE

Médicament ou agent actif
(Disease or agent targeted)

COVID-19

846038066

Vaccinoprothéase
(Vaccine/prophylaxis)

COVID-19 vaccines

J07DK03

Médicament vaccinal
(Vaccine medicinal product)

Comirnaty

EU/1/20/1529

Fabricant ou titulaire de
l'autorisation de mise sur le
marché de vaccin
(Vaccine marketing authorisation
holder or manufacturer)

Biontech Manufacturing
GmbH

CRG-100030215

Nombre dans une série de
vaccinations
(Number in a series of
vaccinations and the overall
number of doses in the series)

2/2

Date de la vaccination
(Date of vaccination)

2021-12-20

État membre de vaccination
(Member State of vaccination)

FR

Émetteur du certificat
(Certificate issuer)

CNAM

Imprimer

1 feuille de papier

Destination

IMP013 -- HP LaserJet M10...

Copies

1

Orientation

Portrait Paysage

Pages

Toutes

Mode de couleur

Noir et blanc

Plus de paramètres

Imprimer en utilisant la boîte de
dialogue système...

Imprimer

Annuler

EU DIGITAL COVID CERTIFICATE

CERTIFICAT COVID NUMÉRIQUE UE




**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Nom(s)
et prénom(s)
*Surname(s)
and forename(s)*

Date de naissance
Date of birth



Par souci de confidentialité de vos données de santé, nous vous recommandons de ne présenter que le seul QR code de preuve en pliant cette attestation

Ce certificat n'est pas un document de voyage. Un nouveau certificat pourra être exigé en fonction de l'évolution de la pandémie. Avant de vous rendre dans un pays étranger, vérifiez les mesures sanitaires locales appliquées pour la Covid-19.

Les informations pertinentes peuvent être trouvées ici :
<https://reopen.europa.eu/en>

Ce document est personnel et non transférable. Il est délivré en application du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la Covid-19.

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 le site d'information ameli.fr (<https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1 et svts du code pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière aux titres des articles L. 162-1-14 du code de la Sécurité sociale.

Flashez pour ajouter dans
TousAntiCovid



CERTIFICAT DE VACCINATION VACCINATION CERTIFICATE

Maladie ou agent ciblé <i>Disease or agent targeted</i>	COVID-19 840539006
Vaccin/prophylaxie <i>Vaccine/prophylaxis</i>	Covid-19 vaccines J07BX03
Médicament vaccinal <i>Vaccine medicinal product</i>	Comirnaty EU/1/20/1528
Fabricant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du vaccin <i>Vaccine marketing authorisation holder or manufacturer</i>	Biontech Manufacturing GmbH ORG-100030215
Nombre dans une série de vaccins/doses <i>Number in a series of vaccinations/doses and the overall number of doses in the series</i>	2/2
Date de la vaccination <i>Date of vaccination</i>	2021-12-20
État membre de vaccination <i>Member State of vaccination</i>	FR
Émetteur du certificat <i>Certificate issuer</i>	CNAM

Synthèse des données de vaccination contre la Covid-19

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

Patient(e)

Numéro d'immatriculation : [REDACTED]
Nom : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
Date de [REDACTED]
Code du patient * : [REDACTED]
**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 : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
N° RPPS/ADELI : [REDACTED]
N° AM/FINESS : [REDACTED]

Date de l'ordonnance : 18/07/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Éligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
N° RPPS/ADELI : [REDACTED]
N° AM/FINESS : [REDACTED]

Date d'éligibilité : 20/07/2021

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné [REDACTED] D

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 Comirnaty-30 adulte

issu du lot : FH9951 le (date de vaccination déclarée) : 20/12/2021

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le/la : Bras gauche

Je l'ai informé que son cycle vaccinal est terminé.

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

Identifiant [REDACTED]

Date : 20/12/2021

Signature :

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

Enregistrement via le « code patient »

- En cas de perte du certificat de vaccination papier
- Sous réserve d'avoir gardé le « code patient » fait de 9 lettres !
- Saisir à partir de ce code pour retrouver le dossier
- Et aller à la seconde vaccination puis l'enregistrer comme précédemment

VACCIN COVID

Dr.

 Attention, la session va expirer dans quelques minutes.

 La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

 DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

13 caractères

Réinitialiser

RECHERCHER

 Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

 La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

 DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

13 caractères

Réinitialiser

RECHERCHER

 Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

Veillez préciser le patient concerné :



Vous avez eu l'autorisation de votre patient pour accéder à son dossier.



ELARGIR LA RECHERCHE

 La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

 DOCUMENTATION

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES

Saisissez son code patient :

Ou saisissez son NIR :

13 caractères

Réinitialiser

RECHERCHER

 Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

Veillez préciser le patient concerné :



né le



Vous avez eu l'autorisation de votre patient pour accéder à son dossier.

	DATE DE DÉBUT	STATUT	DEPUIS LE	
Cycle vaccinal du	02/06/2021	Terminé	02/06/2021	

CRÉER UN NOUVEAU CYCLE

Enregistrement du patient via le lien

- Pour patient sans NIR, non affilié au régime d'AM Français

VACCIN COVID

Dr. 

 La vaccination des patients de 5 à 11 ans est ouverte : sélectionnez le vaccin "Pfizer Comirnaty-10 pédiatrique".

[PDF DOCUMENTATION](#)

IDENTIFICATION PATIENT

MES VACCINATIONS

MES PARAMÈTRES

 Saisissez son code patient : Ou saisissez son NIR :

Réinitialiser

RECHERCHER

 Votre patient n'est pas assuré au régime d'assurance maladie français. Enregistrer votre patient [via ce lien](#).

 La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé ainsi que les personnes placées sous leur responsabilité. Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.

- Dans le cas où le NIR saisi n'est pas connu de nos référentiels :
- La saisie manuelle des informations relatives à votre patient est disponible à partir du lien « [via ce lien.](#) »
- La rectification des informations du patient est possible (sexe, nom de naissance, nom d'usage, prénom, date de naissance et rang de naissance).
- Pour cela, il faut d'abord accéder au dossier patient puis cliquer sur le lien « [Corriger l'identification du patient](#) » dans le bandeau patient

**Identifier un patient non affilié au régime d'assurance maladie français****Informations du patient :**

Sexe :

Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Rang de naissance :

**Coordonnées de contact :**

Téléphone (portable recommandé) :

Lieu de résidence en France :

E-mail :

N°, type et nom de la voie

Coordonnées de contact :

Téléphone (portable recommandé) :

E-mail :

Lieu de résidence en France :

Nom de l'hébergeant

N°, type et nom de la voie

Complément d'adresse

Lieu dit

Code postal / Localité

Mon patient atteste ne pas appartenir au régime d'assurance maladie français.

 La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé ainsi que les personnes placées sous leur responsabilité. Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.

RETOUR

SAISIR L'ELIGIBILITE VACCINATION



Puis enregistrer le cycle comme précédemment

- Bon courage à tous !





MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PRESENTATION ET UTILISATION DU VACCIN COMIRNATY® PEDIATRIQUE

Une autorisation de mise sur le marché (AMM) a été délivrée au vaccin pédiatrique **Comirnaty® 10 microgrammes/dose, dispersion à diluer pour solution injectable** à destination des enfants âgés de 5 à 11 ans. Les conditions d'utilisation du vaccin sont reprises ci-dessous.

Les aiguilles utilisées sont des aiguilles de 16 mm, 25 gauges de diamètre, adaptées à la vaccination pédiatrique. La même aiguille est à utiliser pour prélever et injecter le vaccin.

- [Ministere portfolio-
vaccination-
pediatrique 12-
2021.pdf \(afpa.org\)](#)



PORTFOLIO « VACCINATION ANTI-COVID DES ENFANTS DE 5 A 11 ANS »

