



federfarma

AVELLINO

associazione sindacale titolari di farmacia

Prot. n.56

Avellino 11 Ottobre 2023

Ai Sigg. Titolari di Farmacia
Della Provincia di Avellino

LORO SEDI

Oggetto: Somministrazione in Farmacia dei vaccini anti-influenzali e Covid -19

Cari Colleghi,

Vi ricordo che per coloro che vogliono effettuare in farmacia le vaccinazioni sia antinfluenzali che covid -19 devono essere abilitati.

Si chiarisce, che le farmacie già abilitate durante la campagna vaccinale 2022-2023, non avranno necessità di alcuna ulteriore registrazione.

Al contrario le farmacie che intendono aderire per la prima volta alla campagna vaccinale, dovranno comunicare la propria adesione compilando l'allegato 1 per la campagna antinfluenzale 2023-2024 ed il modulo allegato 2 per l'adesione dei vaccini anti sars cov 2 .

Il tutto seguito da registrazione sulla piattaforma informatica Sinfonia al seguente link: <https://vaccinazioni.soresa.it>.

Cordialità

IL PRESIDENTE
(Dott. Mario Flovella)

Mario Flovella

Sede: Viale Italia, 203 I 83100 - AVELLINO

Tel.: +39 0825 31733

Fax: +39 0825 33517

E-Mail: circolari@federfarmavellino.it

Pec: ap.avellino@pec.federfarma.it

C.F.: 80010150649

Allegato 1

MODULO DI COMUNICAZIONE-ADESIONE

SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI-INFLUENZALI

da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente
Ordine dei Farmacisti territorialmente
competente Associazione provinciale di
appartenenza

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____ titolare o
direttore legale rappresentante della Farmacia " _____ " (indicare la
denominazione della farmacia), codice _____ codice NSIS _____ tipologia
(urbana/rurale) _____ ubicata in Via _____ n. CAP _____
Comune di _____ Fraz. _____ Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Contatti:

Telefono: _____

Pec: _____

Mail: _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei vaccini:

- antinfluenzale SI NO

e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.

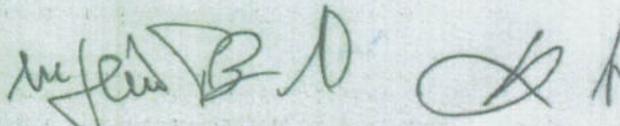
Dichiaro che il dott./i dott. _____
procederanno alle inoculazioni in quanto abilitati alla somministrazione vaccinale sulla base della
positiva conclusione dei programmi e moduli formativi organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità ai
sensi dell'articolo 1, comma 2, lett. e-quater), D. Lgs 153/2009.

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel
Protocollo d'intesa del _____

Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta
conservazione e inoculazione dei vaccini che verranno resi disponibili per la somministrazione ai
cittadini.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-
sanitari per la corretta conduzione delle attività di inoculazione,

in area interna alla farmacia



mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa SI NO

in locali, aree o strutture esterne

- ubicati in via _____
- ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica
- in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia

l'attività di vaccinazione presso detti locali, aree o strutture è già in essere

SI NO

Ai fini della prevista autorizzazione, mi impegno a presentare debita domanda all'ampliamento dei locali entro 60 giorni dalla data della presente comunicazione.

Nell'ipotesi di cui all'art. 4, comma 3 del Protocollo d'Intesa nazionale

Dichiaro di avvalermi della facoltà di esercitare in comune i servizi sanitari oggetto della presente comunicazione con le seguenti farmacie:

titolare /legale rappresentante delle seguenti Farmacie:

" _____ " (indicare la denominazione della farmacia),
codice _____

_____ ubicata in Via _____ n.

_____ CAP _____ Comune di _____ Fraz.

Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

Infiam B D

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
DELLA POPOLAZIONE GENERALE

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria:	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "_____".

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.

Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "_____". Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

Rifiuto la somministrazione del vaccino "_____".

Data e Luogo _____

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

Professionista Sanitario

1. Nome e Cognome (Farmacista) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____ Data _____

Luigi B N ~~UK~~ A

MODULO DI ADESIONE SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI SARS COV-2*Da inviare a:**Azienda Sanitaria territorialmente competente**Ordine dei Farmacisti territorialmente competente**Associazione provinciale Federfarma o Coordinamenti regionali Assofarm*

Io sottoscritto, Dr. / Dott .ssa _____

titolare direttore tecnico legale rappresentate della Farmacia,

Tipologia della farmacia Urbana Rurale Rurale Sussidiata

indirizzo della Farmacia, _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____ Tel. _____

Codice ASL della farmacia _____ Codice NSIS (codice di tracciabilità) _____

Indirizzo mail PEC _____

Indirizzo mail **NON PEC** _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione del vaccino anti SARS- CoV2 in Farmacia e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.

Dichiaro che il dott./i dott.:

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

5 _____ 6 _____

7 _____ 8 _____

9 _____ 10 _____

procederanno alle inoculazioni in quanto abilitati alla somministrazione vaccinale sulla base della positiva conclusione dei programmi e moduli formativi organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità a norma dell'art.1, comma 465, della Legge 178/2020. Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta conservazione e inoculazione dei vaccini che verranno resi disponibili per la somministrazione ai cittadini.

A tal fine dichiaro di garantire i seguenti requisiti per la sicurezza

Programmazione dell'attività solo su appuntamento.

Previa acquisizione del consenso informato attraverso la compilazione della scheda per la valutazione dell'idoneità/inidoneità del soggetto a sottoporsi alla somministrazione vaccinale.

Precisazione al cittadino che per ricevere il vaccino non deve avere avuto negli ultimi 10 giorni contatti stretti con persone affette da Covid-19, non deve avere febbre superiore a 37.5°C, non deve avere sintomatologia respiratoria.

Avviso all'ingresso della Farmacia o all'ingresso della struttura esterna (fissa o mobile) dedicata alla vaccinazione, con chiare istruzioni sulle modalità di accesso.

A tal proposito dichiaro di organizzare gli accessi nel rispetto delle seguenti indicazioni: (barrare una o più opzioni)

per farmacie fino a quaranta metri quadrati, ingresso di una persona alla volta da sottoporre a vaccinazione, oltre a un massimo di due operatori;

dimensioni superiori a quaranta metri quadrati, con accesso regolamentato, differenziando, ove possibile, i percorsi di entrata e di uscita

presenza nell'area di soluzioni per l'igiene delle mani e indicazioni per il distanziamento fisico

adeguatezza nei locali della farmacia delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti e mantenimento di adeguati livelli di filtrazione degli impianti di areazione

esecuzione del vaccino in ambiente dedicato o separato dal locale di vendita o, in alternativa, a Farmacia chiusa o con altre modalità che garantiscono la riservatezza e la sicurezza necessarie.

Ai sensi dell'art.4 Accordo attuativo tra la Regione Campania e le Associazioni di Categoria dei titolari delle Farmacie pubbliche e private convenzionate per la distribuzione e somministrazione del vaccino Anti Sars Cov2, dichiaro inoltre che le somministrazioni del vaccino avverranno secondo le seguenti modalità:

Tipologia del punto vaccinale:

Farmacia Locale esterno Tenda da campo Camper Gazebo

Tempo presunto per la operatività delle attività 15 Minuti 20 Minuti 30 Minuti __Minuti

Numero di persone impiegate nelle attività distinte per competenza professionale

Farmacista N____, Infermiere N____, Medico N____, altra figura _____ N____

Capacità vaccinale (numero di vaccinazioni giornaliere che la farmacia può somministrare in base alle capacità operative) N. _____

Data _____ Firma _____