

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 17 mars 2014 fixant le contenu du rapport annuel d'activité des centres de vaccination antiamarile

NOR : AFSP1402555A

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre des outre-mer,
Vu le code général des collectivités territoriales ;
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3115-3, R. 3115-57 et R. 3821-3,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le rapport prévu à l'article R. 3115-57 du code de la santé publique est remis au directeur général de l'agence régionale de santé au cours du premier trimestre de l'année suivant l'exercice concerné par le rapport. Il est conforme au rapport type figurant à l'annexe I pour les établissements, services ou organismes désignés pour réaliser la vaccination antiamarile et à l'annexe II pour les praticiens désignés pour réaliser la vaccination antiamarile en Guyane.

Art. 2. – Pour l'application du présent arrêté, la référence au directeur général de l'agence régionale de santé est remplacée par :

- la référence au préfet à Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- la référence au directeur général de l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, à la Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin ;
- la référence au directeur général de l'agence de santé de l'océan Indien, à La Réunion et à Mayotte ;
- la référence au directeur de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna à Wallis-et-Futuna.

Art. 3. – Le directeur général de la santé et le directeur général des outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 17 mars 2014.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

Le ministre des outre-mer,
VICTORIN LUREL

ANNEXES

ANNEXE I

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS, SERVICES OU ORGANISMES DÉSIGNÉS POUR RÉALISER LA VACCINATION ANTIAMARILE

Important : le rapport d'activité est remis chaque année, au cours du premier trimestre de l'année civile suivant l'année d'activité considérée, au directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.

Les données relatives à l'identification du centre de vaccinations doivent être clairement reportées dans la partie prévue à cet effet.

Ce rapport type est divisé en deux rubriques :

- la première permet de recueillir les informations relatives aux modifications des locaux et équipements, des horaires et des personnels, survenues, le cas échéant, depuis la demande d'agrément ou la date de remise du précédent rapport d'activité ;

- la deuxième permet de rendre compte, pour ce qui concerne la vaccination antiamarile, de l'activité vaccinale et de la vaccinovigilance mises en œuvre dans le centre.

Dans les tableaux d'activité, il convient d'indiquer :

- « NSP » pour « ne sait pas », si une réponse ne peut être apportée ;
- « SO » pour « sans objet », si une question ne concerne pas votre centre.

RÉGION/DÉPARTEMENT ou COLLECTIVITÉ :

ANNÉE :

Identification du centre de vaccination

Nom de l'établissement/service/organisme :

BP Adresse :

CP Ville :

Téléphone :

Télécopie :

Courriel :

Adresse du site internet du centre (si existant) :

Médecin responsable :

Numéro RPPS :

RUBRIQUE 1

(Les items de cette rubrique doivent être renseignés uniquement en cas de survenue de modification des éléments figurant dans le dossier initial de désignation)

1.1. Personnel

1.1.1. Médecin responsable

Si le médecin responsable du centre a changé :

Préciser ses diplômes, qualifications ou compétences ordinales reconnues dans les domaines suivants :

DESC (1) de pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique

Capacité de médecine tropicale

Autre formation universitaire en :

Médecine tropicale

Médecine des voyages

Autre(s) qualifications ou compétences

Si autre(s), précisez :

Préciser son expérience acquise dans les domaines suivants :

Médecine tropicale :

Nombre d'années :

Lieu d'exercice :

Médecine des voyages :

Nombre d'années :

Lieu d'exercice :

Infectiologie :

Nombre d'années :

Lieu d'exercice :

Autre(s)

Si autre(s), précisez :

Discipline :

Nombre d'années :

Lieu d'exercice :

Discipline :

Nombre d'années :

Lieu d'exercice :

(1) DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires.

1.1.2. Constitution de l'équipe

S'il y a eu des modifications dans le personnel participant à l'activité du centre, préciser ci-dessous et, si nécessaire, rajouter le nombre de lignes utiles :

Total personnel (en équivalent temps plein ou ETP) :
dont :

Nombre de médecins :

Nombre d'infirmiers :

Nombre de secrétaires :

Autre(s) (préciser) :

1.2. Ouverture/accueil du public

A l'aide de ce tableau, précisez les modifications des horaires d'accueil du public.

Par un astérisque, précisez les tranches horaires prévues pour un accueil sans rendez-vous.

PÉRIODE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
8 heures-12 heures							
12 heures-14 heures							
14 heures-18 heures							
18 heures-22 heures							

1.3. Locaux et équipements

1.3.1. Locaux

Date de visite de la commission de sécurité :

Date de visite de la commission d'accessibilité :

S'il y a eu des modifications des locaux (déménagement, modifications substantielles de la distribution des pièces, modifications des conditions d'accès, etc.), détailler ces modifications dans le cadre suivant :

1.3.2. Equipements

Préciser si des modifications ont été réalisées, portant sur :

La chaîne du froid : Oui Non

Si oui, préciser :

Le matériel et l'organisation nécessaires à l'élimination des DASRI (2)

Oui Non

Si oui, préciser :

Le matériel et les médicaments nécessaires à la prise en charge des effets indésirables graves :

Oui Non

Si oui, préciser :

(2) DASRI : déchet d'activité de soins à risque infectieux.

RUBRIQUE 2

2.1. **Activité et vaccinovigilance relatives à la vaccination antiamarile**

2.1.1. *Activité annuelle*

Préciser dans le tableau suivant le nombre de vaccinations réalisées dans l'année et le nombre de certificats de contre-indication à la vaccination antiamarile rédigés dans l'année.

VACCIN	DISPONIBILITÉ (O/N)	NOMBRE ANNUEL	NOMBRE DE CERTIFICATS de contre-indication à la vaccination antiamarile (par an)
Fièvre jaune			

Nombre de personnes vaccinées contre la fièvre jaune, par mois, au cours de l'année :

Janvier		Avril		Juillet		Octobre	
Février		Mai		Août		Novembre	
Mars		Juin		Septembre		Décembre	
Total T1		Total T2		Total T3		Total T4	

Nombre total de personnes ayant reçu une vaccination contre la fièvre jaune (soit : T1 + T2 + T3 + T4) .

Nombre total d'entretiens individuels pour information et conseils uniquement

Nombre total d'entretiens téléphoniques et d'échanges par courriels ayant donné lieu à information et conseils

A la suite de la consultation vaccinale, un courrier est-il adressé au médecin traitant du consultant ?

Systématiquement

Au cas par cas, selon le patient

Non

Préciser les autres vaccins réalisés (par dénomination commerciale) au niveau du centre :

2.1.2. *Vaccinovigilance*

Un registre des incidents postvaccinaux a-t-il été mis en place ? Oui Non

Nombre d'incidents immédiats survenus lors de la vaccination :

Nombre d'incidents secondaires signalés au centre de vaccination après la vaccination :

Nombre de signalements réalisés auprès du centre de pharmacovigilance :

ANNEXE II

INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ DE VACCINATION ANTIAMARILE DES PRATICIENS DÉSIGNÉS POUR RÉALISER LA VACCINATION ANTIAMARILE

Le rapport d'activité est remis chaque année, au cours du premier trimestre de l'année civile suivant l'année d'activité considérée, au directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. Il

comprend les rubriques du rapport type de l'annexe I que le directeur général de l'ARS demande. Pour le compléter, le praticien s'appuie sur le registre nominatif pour la vaccination antiamarile qu'il tient. Ce registre comporte les éléments suivants :

Nom du médecin.....

Lieu d'exercice.....

Pour chaque vaccination antiamarile :

Numéro de lot

Date de vaccination

Nom et prénom de la personne vaccinée :

Date de naissance

Sexe

Adresse

Consultation spécifique à la vaccination antiamarile (Oui/Non)

Protection antérieure (Oui/Non)

Observations