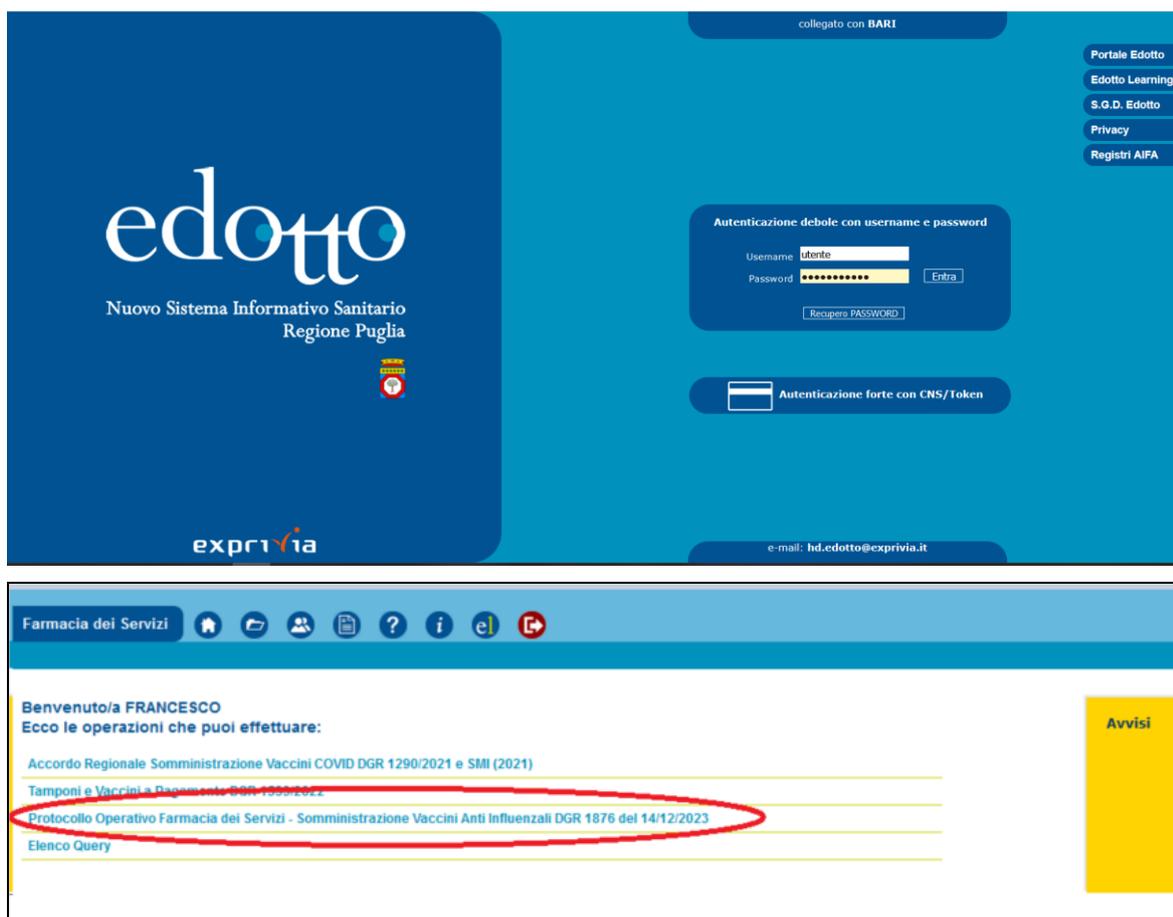


## ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA REGISTRAZIONE SUL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE EDOTTO DELL'ADESIONE ALL'ACCORDO REGIONALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI-INFLUENZALI IN FARMACIA - D.G.R. 1876/2023.

Il Farmacista Convenzionato che vuole aderire all'Accordo regionale per la somministrazione dei vaccini anti-influenzali in Farmacia di cui alla D.G.R. 1876 del 14 dicembre 2023 si collega ad Edotto, accede all'area applicativa 'Farmacia dei Servizi' e seleziona la voce di menù "Protocollo Operativo Farmacia dei Servizi – Somministrazione Vaccini Anti Influenzali DGR 1876 del 14/12/2023" (Fig.1).

Fig.1



Il farmacista può ricercare l'adesione al progetto già registrata selezionando il tasto 'Cerca' oppure creare una nuova adesione selezionando il tasto 'Crea Adesione' (Fig.2).

Fig.2

Farmacia dei Servizi

Protocollo Operativo Farmacia dei Servizi - vaccini anti influenzali - identifica partecipazione al progetto

Criteri di ricerca partecipazione al progetto

Filtri di ricerca

ASL: 160114 - BA Farmacia: 1C

Progetto: 6 - PROTOCOLLO OPERATIVO FARMACIA DEI SERVIZI - SOMMINISTRAZIONE VACCINI ANTI INFLUENZALI DGR 1876 DEL 14/12/2023

Periodo di registrazione

da [ ] / [ ] / [ ] (gg/mm/aaaa)

a [ ] / [ ] / [ ] (gg/mm/aaaa)

Crea Adesione Cerca

Il sistema mostra una pagina con le informazioni da registrare per la partecipazione al progetto (Fig. 3).

Fig.3

Protocollo Operativo Farmacia dei Servizi - vaccini anti influenzali - identifica partecipazione al progetto - inserisci partecipazione al progetto

**Registrazione Adesione al Progetto**

**Dati partecipazione al progetto**

Data registrazione: 19/12/2023  
ASL: 160114 - BA Farmacia: 1  
Progetto: 6 - PROTOCOLLO OPERATIVO FARMACIA DEI SERVIZI - SOMMINISTRAZIONE VACCINI ANTI INFLUENZALI DGR 1876 DEL 14/12/2023

**Dettagli adesione**

Titolare o direttore tecnico (\*)

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

- anti-influenzale  Sì  No

Dichiaro che il dott./i dott. sotto indicati 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

**Dati dottori**

Codice fiscale (\*)

Cognome (\*)

Nome (\*)

Email (\*)

Recapito telefonico (\*)

**Note**  
**ATTENZIONE:** nel campo email deve essere indicata l'email personale dove verranno inviate le utenze per l'accesso al sistema. **Non va indicata l'email della farmacia.**

**Inserisci**

SeL.	Codice fiscale	Nominativo	Email	Num telefono
Non vi è al momento alcun dottore.				

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel "Protocollo d'intesa tra il Governo, le Regioni e la Provincia Autonoma, Federfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini anti-covid19, dei vaccini anti-influenzali e per la somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo" del 28/07/2022.

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  Sì  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  Sì  No

**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:**

**Dati farmacie**

**Inserisci Farmacia**

SeL.	Codice	Denominazione
Non vi è al momento alcuna farmacia.		

Il farmacista procede con la registrazione dei dati richiesti, in particolare:

- dati anagrafici del titolare o del direttore tecnico (Fig. 4)

Fig.4

**Dettagli adesione**

Titolare o direttore tecnico (\*)

- dati del o dei medici abilitati alla somministrazione del vaccino, registrando, per ciascun medico, tutti i campi obbligatori nella sezione "Dati dottori" e cliccando sul tasto Inserisci (Fig. 5), dopo aver letto e selezionato **obbligatoriamente** il campo
- Dichiaro che il dott./i dott. sotto indicati procederanno alla inoculazione 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 e-quater), D.Lgs 153/2009;*

Fig.5

Sel.	Codice fiscale	Nominativo	Email	Num telefono
Non vi è al momento alcun dottore.				

Il farmacista deve

- selezionare **obbligatoriamente** tutti i check necessari a garantire il possesso di tutti i requisiti logistici e di sicurezza

Dopo aver terminato la compilazione come indicato, il farmacista conferma la sua partecipazione cliccando sul tasto 'Conferma'

Il sistema registra la richiesta di partecipazione e produce una ricevuta di partecipazione al progetto (Fig. 8) che il farmacista può stampare selezionando il tasto "Stampa Ricevuta di partecipazione al progetto" dove viene indicata data ed ora di registrazione della partecipazione.

Fig.8

	S.I.S.: REGIONE PUGLIA	FARMSER -SER068003 Pagina 1 di 2
---	------------------------	-------------------------------------

## MODULO DI COMUNICAZIONE

### SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI-INFLUENZALI

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ titolare o direttore o legale rappresentante della Farmacia "FARMACIA DEL PORTO" (indicare la denominazione della farmacia), codice 1.001 ubicata in Via VIA \_\_\_\_\_ 183 CAP 70100 Comune di BARI Fraz. Prov. BA ASL 160114 Distretto n.65

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei vaccini:  
- anti-influenzale  SI

Dichiaro che il dott./i dott. sotto indicati 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.

<u>CODICE FISCALE</u>	<u>COGNOME</u>	<u>NOME</u>
-----------------------	----------------	-------------

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel "Protocollo d'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, Federfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini anti-covid19, dei vaccini anti-influenzali e per la somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo" del 28/07/2022.

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  NO

in locali, aree o strutture esterne  
- ubicati in via BARI  
- 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  NO

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 \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Fraz. Prov. Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_

Data 19/12/2023 11:55:10  
Firma (per esteso e leggibile)