

Déjà  
Plus de 400 pharmaciens  
Formés en 2018



A l'issue de cette formation de 6 heures, vous recevrez une attestation vous permettant de pratiquer le geste vaccinal en pharmacie.

## 13 - BOUCHES DU RHÔNE

Aix-en-Provence  
Campanile Aix Sud  
Jeudi 4 juillet de 9h à 16h  
Vendredi 5 juillet de 9h à 16h  
Lundi 2 septembre de 9h à 16h  
Mardi 3 septembre de 9h à 16h

Marseille  
Au CFA de Marseille  
Jeudi 27 juin de 9h à 16h  
Vendredi 28 juin de 9h à 16h  
Lundi 1 juillet de 14h à 20h  
Jeudi 2 juillet de 9h à 16h

Arles  
Jeudi 29 août de 9h à 16h  
Vendredi 30 août de 9h à 16h



**LE VIRUS DE LA GRIPPE** Caractéristiques immunologiques du virus, Symptômes et modes de transmission, Principales complications et épidémiologie  
**LE VACCIN** Mesures préventives  
Le vaccin : mécanismes d'action, voies d'administration, contre-indications, effets indésirables, cas particuliers

**LA VACCINATION A L'OFFICINE EN 6 ÉTAPES**  
Qui peut vacciner à l'officine ?  
Comment faire ?  
Quels patients concernés ?  
Ou faut-il vacciner ?  
Quelle est la rémunération ?  
Comment facturer ?

**CAS PRATIQUE, LE RENDEZ-VOUS PATIENT**  
Mise en place du protocole et recueil du consentement  
Administration et traçabilité  
Notification au médecin traitant  
Élimination des déchets  
Organisation de l'espace santé au sein de l'officine

**ATELIERS PRATIQUES** Connaître les différentes étapes de l'injection par voie IM ou SC  
**TECHNIQUES D'INJECTION** Appliquer les mesures d'hygiène pré-injection  
Pratiquer l'injection par voie IM ou SC  
Faire face à des cas spécifiques (patients diabétiques, sous chimiothérapie...)

**COMMUNICATION AUTOUR DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE**  
Approvisionnement et chaîne du froid  
Carnet de vaccination électronique  
Exemples d'objections comptoir  
Évaluation à chaud et remise de l'attestation

### Bulletin d'inscription

★ Par mail : [cfa.pharm@orange.fr](mailto:cfa.pharm@orange.fr)  
★ Par fax : **04.75.41.17.39** Par téléphone : **04.75.44.12.25**

### CFAP-E2S

60 rue de narvik  
07500 Guilherand-Granges

Tampon de l'officine

Nom..... r 7  
Prénom.....  
Pharmacien Titulaire  adjoint  L J  
Nom et adresse de la pharmacie.....  
Numéro de téléphone.....  
Courriel.....  
Date et lieu .....