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).



Pagina 1 di 5

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).



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

Fig.3

रेegistrazione Adesione al Progetto
- Dati partecipazione al progetto
Data registrazione: 19/12/2023
ASI' 160114 - BA Earmaria: 1
Annual Control to Operativo Fabracia del Servizi - Somministrazione vaccini anti inellienza i dori 12/12/023
Dettagli adesione
Titolare o direttore
Aderisco ai sensi di legge alla campagna di <u>somministrazione dei vaccini</u> :
- anti-influenzale OSI ONo
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
formativ organizati dall'istituto Superiore di Sanità ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lett. e-quater), D.Lgs 153/2009
Colice tiscule (*) ATTENZIONE: nel campo email deve essere
Upprover () ubccale idease betroande done virtuante onverte en Ubccale idease betroande done virtuante en ubccale idease Norma varia ubccale idease Norma varia de la constructiona en ubccale idease Norma varia de la constructiona de la construct
Nome (*)
Emai(')
Recepto telefonico
Sel. Codice fiscale Nominativo Email Num telefono
Non vi è al momento alcun dottore.
Dichiaro che la somministrazione del vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel "Protocolio d'intesa tra il Governo, le Regioni e la Province Autonome, Federfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazione
da parte del farmacisti del vaccini anti-covid19, del vaccini anti-influenzali e per la somministrazione del test diagnostici che prevedono il prelevamento 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
□ in area interna alla farmacia Mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa ^O Si ^O No
In area interna alla farmacia Mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa O Si O No In locali, aree o strutture esterne
In area interna alla farmacia Mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa O Si O No In incali, aree o strutture esterne Ubicati in via
In area interna alla farmacia Mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa O Si O No In locali, aree o strutture esterne Ublicati in via
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 - ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia
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 in regola con i requisiti editizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia Tattità di vaccinazione futtoria di esseree Si No
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 - ncompresi 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 Tattività di vaccinazione presso detli local, aree o strutture è già in essere Si No
 In area interna alla farmacia Mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa Si No In tocali, 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 Tattività di vaccinazione presso detti local, aree o strutture è già in essere Si 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:
In area interna alla farmacia Mi avvago della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa Si No In locali, aree o strutture esterne Ubicati in via Ubicati in via Ubicati in via - ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica - in rogoli con i requisiti didio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia Tattività di vaccinazione presso dell'ilocali, aree o strutture è già in essere Si 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 Dati farmacie
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 Ubicati in via Ubicati in via - nicompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica - in regola con i requisti editzio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia Tattività di vaccinazione presso dell'i locali aree o strutture è gli ne seare Si 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:
In area interna alla farmacia Ma avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa Si No In locali, aree o strutture esterne Ubicati in via - nicompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica - ni regola con i reguisti editzio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia Fartività di vaccinazione presso detti local, aree o strutture è gia in essere Si 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
In area interna alla farmacia Mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa Si No In locali, aree o strutture esterne Ublicati in via -ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica -in regola con i reguistiti editizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia Tattività di vaccinazione presso detti locali, aree o strutture è già in essere Si 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 Sel. Codice Denominazione
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 Ubicati in via Ubicati ni via Incompresi nell'ambito della sede farmaccuica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica - in ropoti 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 Coli farmacie Di farmacia 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	•
-------	---

Dottagli adosiono	
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 <u>obbligatoriamente</u> 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, comma2 e-quater), D.Lgs 153/2009;

Sel. Codice fisc	ale Nominativo	Inserisci
Cource inse	Noninativo	

Fig.5

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.

<text><text><section-header><section-header><section-header><section-header><section-header><section-header><section-header><section-header><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></section-header></section-header></section-header></section-header></section-header></section-header></section-header></section-header></text></text>	5	
<section-header><image/><image/><section-header><section-header><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></section-header></section-header></section-header>	S.I.S.: REGIONE PUGLIA	FARMSER -SER068003 Pagina 1 di 2
<section-header><form><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></form></section-header>	MODULO DI COMUNICAZION	IE
Instructional, Data, Data, Data, Sur, Marcia, Sur, Data, Sur, Sur, Sur, Data, Sur, Sur, Sur, Sur, Sur, Sur, Sur, Sur	SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI-IN	FLUENZALI
Io sottoscritto/a, Dott./Dott.sta		
Aderisco ai sansi di lagge alla campagna di somministrazione dei vaccini: - anti-influenza Si	Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa . titolare o direttore o legale rap "FARMACIA DEL PORTO" (<i>indicare la denominazione della farmacia),</i> codice 1.001 ubicata in Via 70100 Comune di BARI Fraz. Prov. BA ASL 160114 Distretto n.65	presentante della Farmacia VIA 183 CAP
Dichiaro che il dott, /i dott. sotto indicati procederanno alle inoculazioni in quanto abilitati alla somministrazione vaccinale sulla dell'articolo 1, comma 2. lett. e-quater), D.Lgs 153/2009. CODCE FISCAL CONOR NOR Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel "Protocollo d'Intesa tra il Governo, fe <i>genore dei vaccina interna il some internatione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel "Protocollo d'Intesa tra il Governo, fe <i>genore dei vaccini anti-informazile per la somministrazione dei vaccini per la some internatione di vaccini anti-informazile per la somministrazione dei vaccini anti-vacine dei vaccini dei vaccini anti-informazile la per la somministrazione dei vaccini anti-informazile per la somministrazione dei vaccini anti-informazile per la somministrazione dei vaccini anti-informazile dei per la somministrazione dei vaccini some some some some some some anti-informacione some vaccine anti-informacione dei vaccini dei vaccini enquisiti logistici, di sicurezza, di riservatez en logistici dalla relativa pinta di some some some some some some some some</i></i>	Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei vaccini: - anti-influenzale SI	
<text><text><text><text><text><text><text><text><text><text><list-item><text><text><text><text><text><text><text><text><text></text></text></text></text></text></text></text></text></text></list-item></text></text></text></text></text></text></text></text></text></text>	Dichiaro che il dott./i dott. sotto indicati procederanno alle inoculazioni in quanto abilitati alla som base della positiva conclusione dei programmi e moduli formativi organizzati dall'Istituto S dell'articolo 1, comma 2. lett. e-quater), D.Lgs 153/2009.	ministrazione vaccinale sulla uperiore di Sanità ai sensi
Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel "Protocollo d'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, Pederfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazione dei per dei farmaciati dei vaccini anti-civid19, dei vaccini anti-influenzali e per la somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelevamento 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 incollazione 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 dei vaccini che verranno resi disponibili per la somministrazione ai cittadini. Ni locali, aree o strutture estente uivalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa NO in locali, aree o strutture estente uivalto della con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia coganica - in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia coganica - in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia con i 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.	CODICE FISCALE COGNOME NOME	
Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta conservazione e inculazione 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. X 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 avvalemi 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 11:55:18 Firma (per esteso e leogible)	Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel "Protocc Regioni e le Province Autonome, Federfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazion vaccini anti-covid19, dei vaccini anti-influenzali e per la somministrazione dei test diagnostici ch del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo" del 28/07/2022.	ollo d'Intesa tra il Governo, le le da parte dei farmacisti dei le prevedono il prelevamento
Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di inoculazione, X 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 11:55:18 Firma (per esteso e legalbile)	Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corre inoculazione dei vaccini che verranno resi disponibili per la somministrazione ai cittadini.	etta conservazione e
 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 	Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanit delle attività di inoculazione, X in area interna alla farmacia mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa NO	ari per la corretta conduzione
 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 11:55:18 Firma (per esteso e legalbile)	in locali, aree o strutture esterne - ubicati in via BARI - ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come previst	ta dalla relativa pianta
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: ** (<i>indicare la denominazione della farmacia</i>), codice ubicata in Via CAP Comune di Fraz. Prov. Azienda ULSS n. Data 19/12/2023 11:55:18 Firma (<i>per esteso e leggibile</i>)	organica - in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia	
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: ** (<i>indicare la denominazione della farmacia</i>), codice ubicata in Via CAP Comune di Fraz. Prov. Azienda ULSS n. Data 19/12/2023 11:55:18 Firma (<i>per esteso e leggibile</i>)	l'attività di vaccinazione presso detti locali, aree o strutture è già in essere NO	
titolare /legale rappresentante delle seguenti Farmacie: ** (<i>indicare la denominazione della farmacia</i>), codice ubicata in Via CAP Comune di Fraz. Prov. Azienda ULSS n. Data 19/12/2023 11:55:18 Firma (<i>per esteso e leggibile</i>)	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 pre seguenti farmacie:	esente comunicazione con le
"" (indicare la denominazione della farmacia), codice ubicata in Via CAP Comune di Fraz. Prov. Azienda ULSS n. Data 19/12/2023 11:55:18 Firma (per esteso e leggibile)	titolare /legale rappresentante delle seguenti Farmacie:	
Data 19/12/2023 11:55:18 Firma (per esteso e leggibile)	** (indicare la denominazione della farmacia), codice ubicata in Via CAP Comune di Fraz. Prov. A	Azienda ULSS n.
Firma (per esteso e leggibile)	Data 19/12/2023 11:55:18	
	Firma (per esteso e leggibile)	

Fig.8