



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# TUTORIEL VACCIN COVID

**04 JANVIER 2021**

# UN TÉLÉSERVICE SIMPLE D'UTILISATION POUR UN SUIVI A CHAQUE ETAPE CLÉ



## Points clés :

- Identification du PS garantissant sa qualité / identification du patient permettant de vérifier son éligibilité
- Traçabilité à chaque étape
- Bilan permettant l'information du patient

# CONNEXION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ PAR AMELI PRO OU PRO-SANTE CONNECT

The screenshot shows the Ameli Pro login interface. At the top left is the 'amelipro' logo, and at the top right is the 'Aide ?' link. The main heading is 'PROFESSIONNELS DE SANTÉ'. There are two primary login options: 'Identification' and 'Identification par carte CPS'. The 'Identification' form includes fields for 'E-mail, N° d'Assurance Maladie ou N° FINESS' and 'Mot de passe', with a 'Mot de passe oublié' link. The 'Identification par carte CPS' form features an image of CPS cards and a 'VOUS CONNECTER PAR CARTE CPS' button. Below these options is a 'VOUS N'AVEZ PAS DE COMPTE ?' section with a 'CRÉER UN COMPTE' button.

The screenshot shows the Pro Santé Connect mobile e-CPS login page. The title is 'Connectez-vous'. There are two tabs: 'Application e-CPS' (selected) and 'Carte CPS'. A mobile phone icon is displayed. The text reads: 'Vous pouvez vous connecter à ce service en utilisant l'application mobile e-CPS.' Below this is a text input field for 'Votre identifiant e-CPS' containing the number '899900004856'. There is a checked checkbox for 'Mémoriser mon identifiant sur ce poste' and a 'Se connecter avec e-CPS' button.

Quel que soit le mode de connexion : accès avec carte CPS ou e-CPS => garantir authentication forte du professionnel de santé

# IDENTIFICATION DU PATIENT PAR SON CODE (INVITATION) OU PAR NIR

amelipro

L'Assurance Maladie

Dr. Olivier PEYRONEL

## Vaccin COVID

DOCUMENTATION

### Identifier un patient

Saisissez son code patient :  
EEE-EEE-EEE

Ou saisissez son NIR :  
13 caractères

Réinitialiser

RECHERCHER

Veillez préciser le patient concerné :

	<b>POTEAU , né PAVARD Second</b> Votre patient vous autorise à accéder à son dossier.	1444444444444	né le 01/04/1965	>
---	--	---------------	------------------	---

Identification par NIR permet au PS d'ajouter dans la base un patient qui n'a pas été invité mais dont la situation médicale justifie la vaccination



amelipro Assurance Maladie

## Vaccin COVID

Dr. Médecin GENERALISTE

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 [Changer de patient >](#)

Statut : Assuré(e) Régime général  
NIR : 177097

**ELIGIBILITE VACCINATION** 1ère vaccination

Je suis le professionnel de santé qui délivre l'ordonnance  Oui  Non

**Informations du professionnel de santé délivrant l'ordonnance :**

N° RPPS: 99900036353 N° AM / FINESS: 631994977

Nom : Généraliste Prénom : Médecin

Date de l'ordonnance : 28/12/2020

Vaccin(s) préconisé(s) : Sélectionner les vaccins mentionnés sur l'ordonnance

Pfizer/BioNTech – COMIRNATY

Le patient éligible, ou son représentant légal, accepte d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

Je certifie avoir informé mon patient (son représentant légal) sur le traitement de ses données et j'accepte les conditions de transmission des données.

[RETOUR](#) [VALIDER](#)

Information sur le patient

Etape en cours

Données alimentées automatiquement

Pré-affichage à la date jour et modifiable

Cas nominal : seulement 2 cases à cocher pour cet écran

Information sur le PS connecté

Informations complètes au clic



**amelipro**  Dr. Médecin GENERALISTE

### VACCIN COVID

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 [Changer de patient >](#)

Statut : Assuré(e) Régime général  
NIR : 177097

**ELIGIBILITE VACCINATION** 1<sup>ère</sup> vaccination



L'éligibilité à la vaccination COVID-19 a bien été enregistrée  
le : 28/12/2020 à 17h42

**Informations patient**

Nom : DUPONT  
Prénom : Maxime  
NIR : 177097  
Née le : 19/09/1977  
Accord patient ou de son représentant légal : Oui  
Code patient : JMD-QLJ-QVP

**Eligibilité à la vaccination**

Prescripteur et déclarant :  
Nom : GENERALISTE  
Prénom : Medecin  
N° RPPS : 99900036353  
N° AM/FINESS : 631994977  
Date de l'ordonnance : 28/12/2020

Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à votre patient la synthèse de sa vaccination.

**IMPRIMER ET ENREGISTRER**

**POUR SUIVRE LA VACCINATION**

[Changer de patient >](#)

Code du patient

Récapitulatif

Téléchargement du pdf

Suite ou changement de patient



**Données télétransmises à l'Assurance Maladie**  
**Eligibilité à la vaccination contre la Covid-19**

*Exemplaire à conserver par le patient (à apporter lors de chaque vaccination)*

Exemplaire vierge

Patient(e)
Numéro d'immatriculation : Nom : Prénom : Date de naissance : Code du patient * : <i>*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination</i>
Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

Informations de l'ordonnance
<b>Prescripteur :</b> Nom : Prénom : N° RPPS : N° AM/FINESS : Date de l'ordonnance : Vaccin(s) préconisé(s) :

Eligibilité à la vaccination
Je, soussigné(e), certifie avoir examiné :  avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination contre la COVID-19,  et confirme que ce patient est éligible à la vaccination.

Identification du déclarant l'éligibilité à la vaccination (nom et prénom)  Identifiant :	Date :  Signature :
---	---------------------------

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur le site d'information [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

Pour plus d'informations sur la vaccination : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)



**amelipro**  **l'Assurance Maladie**

**VACCIN COVID** Dr. Médecin GENERALISTE

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 [Changer de patient >](#)

Statut : Assuré(e) Régime général  
NIR : 177097

**ÉLIGIBILITÉ VACCINATION** **1ère vaccination**

Nom du vaccin : **Pfizer/BioNTech – COMIRNATY** Numéro du lot : **EL1484**

Date de vaccination : **28/12/2020** Heure de vaccination : **18:05**

Mode d'administration : **Injection intramusculaire**

Zone d'injection : **Bras gauche**

Lieu de vaccination : **EHPAD**

Code postal du lieu de vaccination : **35350** N° AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination : **678123456**

Je certifie avoir **informé mon patient** (son représentant légal) sur le traitement de ses données et j'accepte les conditions de transmission des données.

**RETOUR** **VALIDER**

Étape en cours  
Possible de consulter les informations de l'étape précédente

Un seul vaccin pour l'instant, préaffiché

Pré-alimenté selon le vaccin

À sélectionner

À sélectionner, pré-affiché à « Ehpad » en phase 1

A saisir : a minima le code département

Liste déroulante pour saisie facilitée

Préalimentée à la date et heure en cours et modifiable

Si lieu de vaccination = « En cabinet », sera pré-alimenter par le n°AM du lieu d'exercice



**amelipro**  **VACCIN COVID** Dr. Médecin GENERALISTE

**Maxime DUPONT** né(e) le 19/09/1977 [Changer de patient >](#)

Statut : Assuré(e) Régime général  
NIR : 177097

ELIGIBILITE VACCINATION **1ère vaccinat**

  
**L'acte de vaccination COVID-19 a bien été enregistré**  
le : 28/12/2020 à 18h26

**Informations patient**

Nom : DUPONT  
Prénom : Maxime  
NIR : 177097  
Née le : 19/09/1977  
Accord patient ou de son représentant légal : Oui  
Code patient : JMD-QLJ-QVP

**Eligibilité à la vaccination**

Prescripteur et déclarant :  
Nom : GENERALISTE  
Prénom : Medecin  
N° RPPS : 99900036353  
N° AM/FINESS : 631994977  
Date de l'ordonnance : 28/12/2020  
Date d'éligibilité : 28/12/2020

**Informations de vaccination**

<b>Vaccinateur :</b> Nom : GENERALISTE Prénom : Medecin N° RPPS : 99900036353 N° AM/FINESS : 631994977 Lieu de vaccination : EHPAD Code postal : 35250 N° AM/FINESS/SIRET : 675123456	<b>Vaccin :</b> Nom du vaccin : Pfizer/BioNTech - COMIRNATY Numéro de lot : ELS04 Stade de vaccination : 1ère vaccination Date de vaccination : 28/12/2020 Heure de vaccination : 18:05 Mode d'administration : Injection Zone d'injection : Bras gauche
--	---

**Date de prochaine injection : entre le 15/01/2021 et le 21/01/2021**

Vous avez la possibilité d'imprimer et de remettre à votre patient la synthèse de sa vaccination.

**IMPRIMER ET ENREGISTRER** [Changer de patient >](#)

**SIGNALER DES EFFETS INDESIRABLES**

Récapitulatif

Rappel prochaine injection

Téléchargement du pdf

Passerelle vers P-SIG (SI ANSM)





**Données télétransmises à l'Assurance Maladie**  
**Vaccination contre la Covid-19**

*Exemplaire à conserver par le patient (à apporter lors de chaque vaccination)*

Exemplaire vierge

Patient(e)	
Numéro d'immatriculation : Nom : Prénom : Date de naissance : Code du patient * : <i>*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination</i>  Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.	
Informations de l'ordonnance	Eligibilité à la vaccination
Prescripteur : Nom : Prénom : N° RPPS : N° AM/FINESS :  Date de l'ordonnance : Vaccin(s) préconisé(s) :	Déclare l'éligibilité : Nom : Prénom : N° RPPS : N° AM/FINESS :  Date d'éligibilité :
Informations de la vaccination	
Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19, l'avoir vacciné pour : _____ avec le vaccin : _____ issu du lot : _____ à/au : _____ Le vaccin a été administré par : _____ dans le/la : _____ Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu entre le _____ et le _____	
Identification du vaccinateur (nom et prénom)  Identifiant : _____	Date : _____  Signature : _____

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur le site d'information ameli.fr.

Pour plus d'informations sur la vaccination : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)