Tutoriel
Vaccin Covid

Version prévisionnelle du téléservice au 04/01/2021

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Dionis
L'Assurance Maladie - Caisse Nationale
Direction Opérationnelle du Numérique
et de l'Innovation en Santé

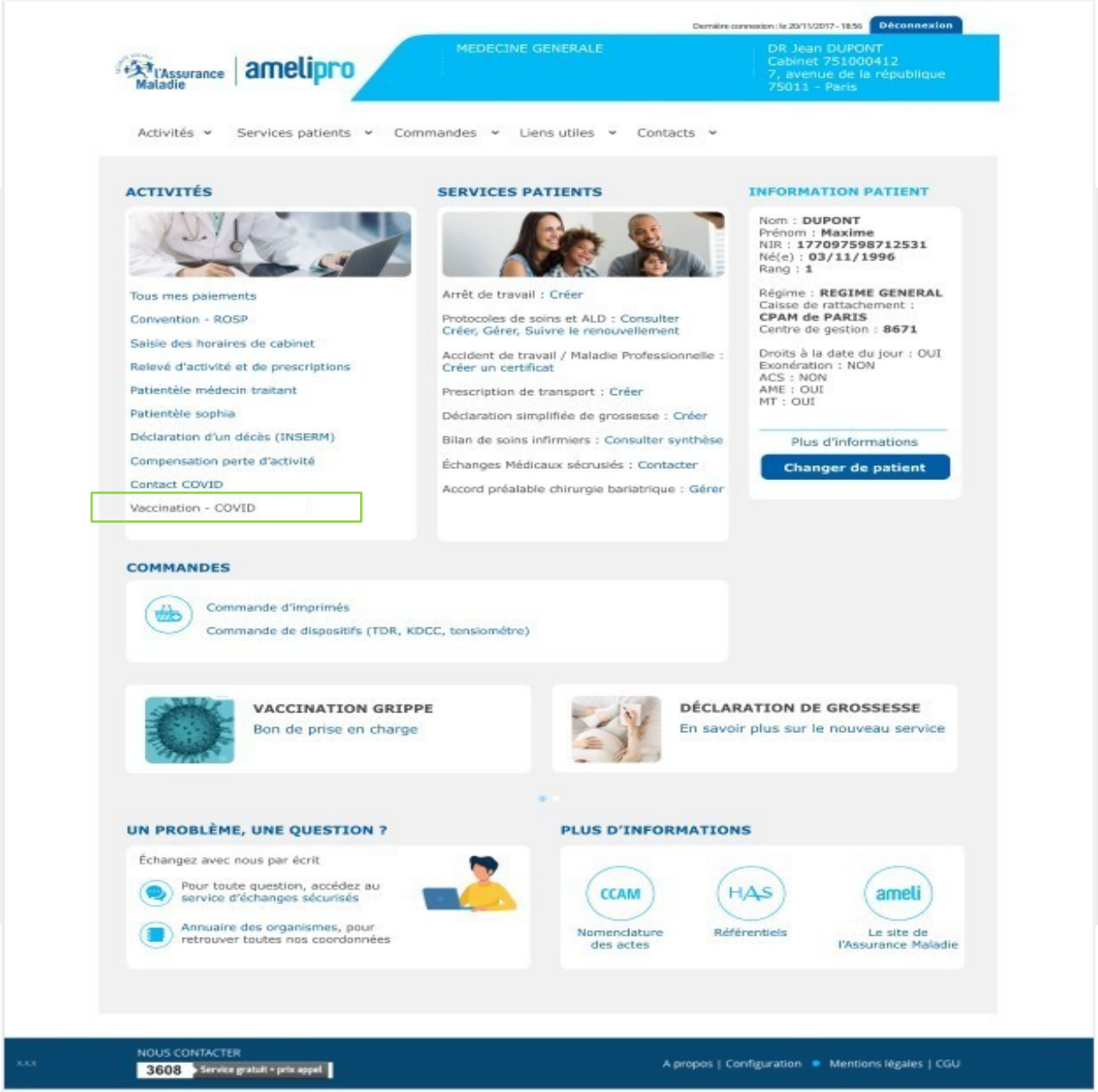
Scénario 1

Un patient se présente sans ordonnance chez un médecin qui déclare son éligibilité et le vaccine dans le même temps

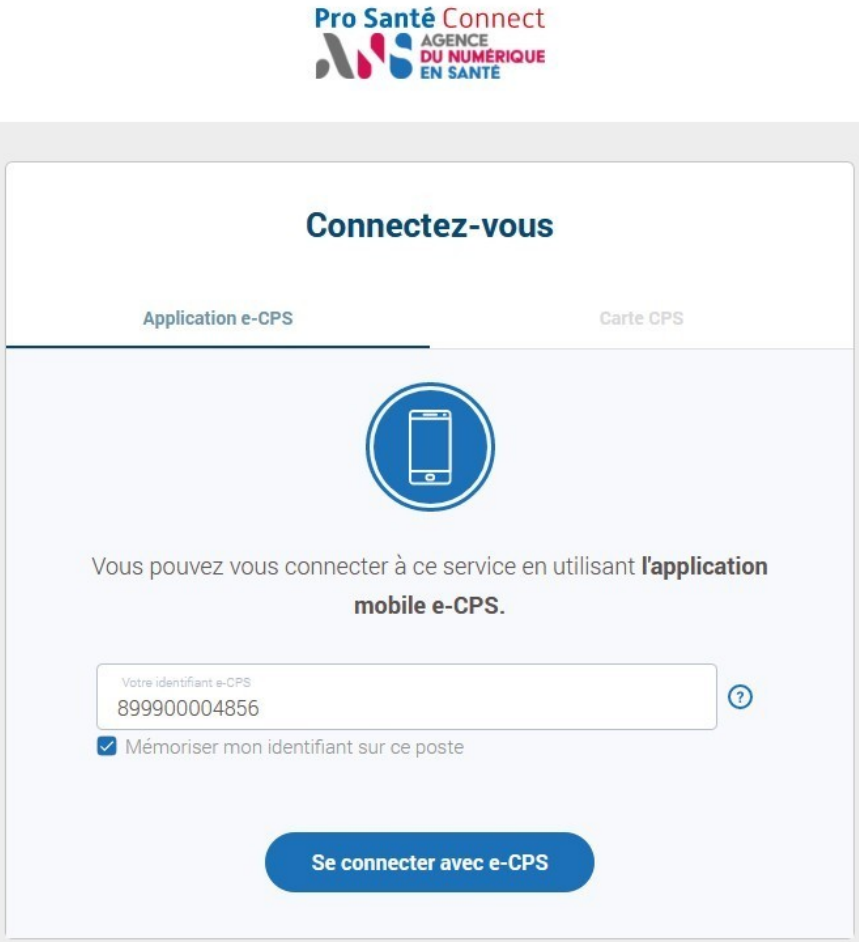
Connexion amelipro

Le téléservice Vaccination Covid ne sera pas disponible via une connexion amelipro par login / mot de passe.
Si le médecin utilise ce mode de connexion pour accéder à amelipro, il est informé par une bannière que ce téléservice n'est accessible que par une connexion par carte CPS.

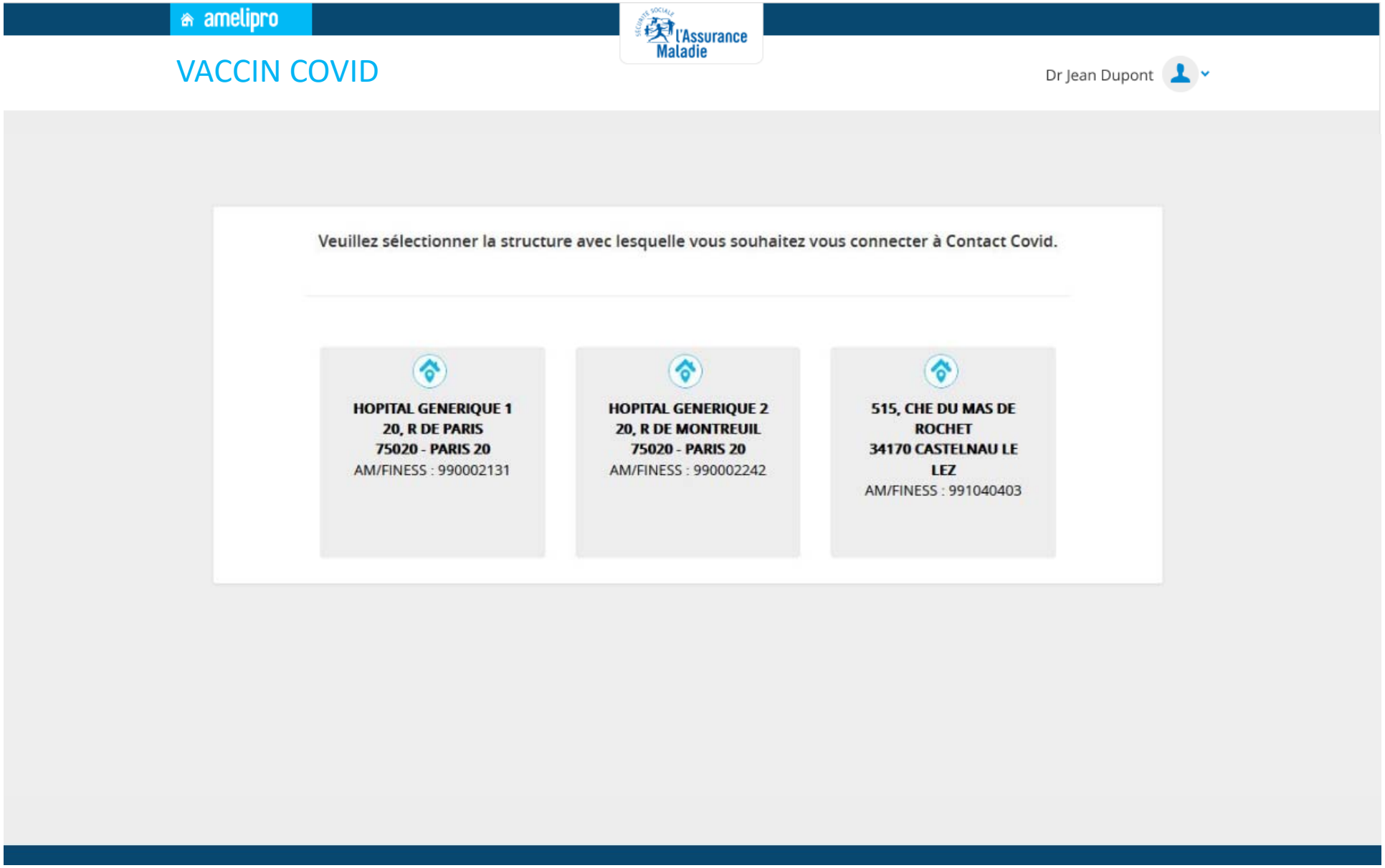
Connexion amelipro



Connexion Pro Sante Connect



Connexion Pro Sante Connect



Recherche patient

Recherche patient

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

IDENTIFIER UN PATIENT

VEUILLEZ IDENTIFIER LE PATIENT CONCERNÉ

Par code patient :

Ou par son NIR :

177097598712531

Réinitialiser

RECHERCHER

Veuillez préciser le membre de la famille concerné :

DUPONT Maxime	177097598712531	né(e) le 19/09/1977
DURAND Emma	288037598712543	né(e) le 22/04/1980

X.X.X

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Déclaration éligibilité

amelipro

L'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 Changer de patient ›

Statut : Assuré(e) Régime général

NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

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

Informations du professionnel de santé délivrant l'ordonnance :

N° RPPS: XXXXXXXXX

N° AM / FINESS: XXXXXXXXX

Nom : DUPONT

Prénom : Jean

Date de l'ordonnance : xx/xx/xxxx

☑ 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.

Bulle d'aide : Ce service n'a pas vocation à enregistrer les refus de vos patients (représentant légal) quant à la vaccination. Ces refus peuvent être consignés dans le dossier de votre patient.

☑ 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

x.x.x

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration ● Mentions légales | CGU

Synthèse éligibilité

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 Changer de patient ›

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

L'éligibilité à la vaccination COVID-19 a bien été enregistrée
le : XX/XX/XXXX à XX:XX.

Informations patient

Nom : XXXXXXXXX
Prénom : XXXXXXX
NIR : XXXXXXXX
Né(e) le : JJ/MM/AAAA
Accord du patient ou de son représentant légal : Oui
Code patient : XXX-XXX-XXX

Eligibilité à la vaccination

Déclarant et prescripteur
Nom : XXXXXXXXX
Prénom : XXXXXXXXX
N°RPPS : XXXXXXXXX
N°AM/FINESS : XXXXXXXXX
Date de l'ordonnance : JJ/MM/AAAA

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

IMPRIMER ET ENREGISTRER

POURSUIVRE LA VACCINATION

Changer de patient›

X.X.X

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Déclaration vaccination

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

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

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

Nom du vaccin : Pfizer-BioNtech

Numéro du lot : 1234 - 001

Stade de vaccination : Première vaccination

Date de vaccination XX/XX/XXXX

Heure de vaccination : hh:mm

Mode d'administration : Injection

Zone d'injection : Bras gauche

Lieu de vaccination : Ehpad

Code postal du lieu de vaccination XXXXX

N° AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination

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

Liste zone d'injection :
Bras gauche
Bras droit
Autre

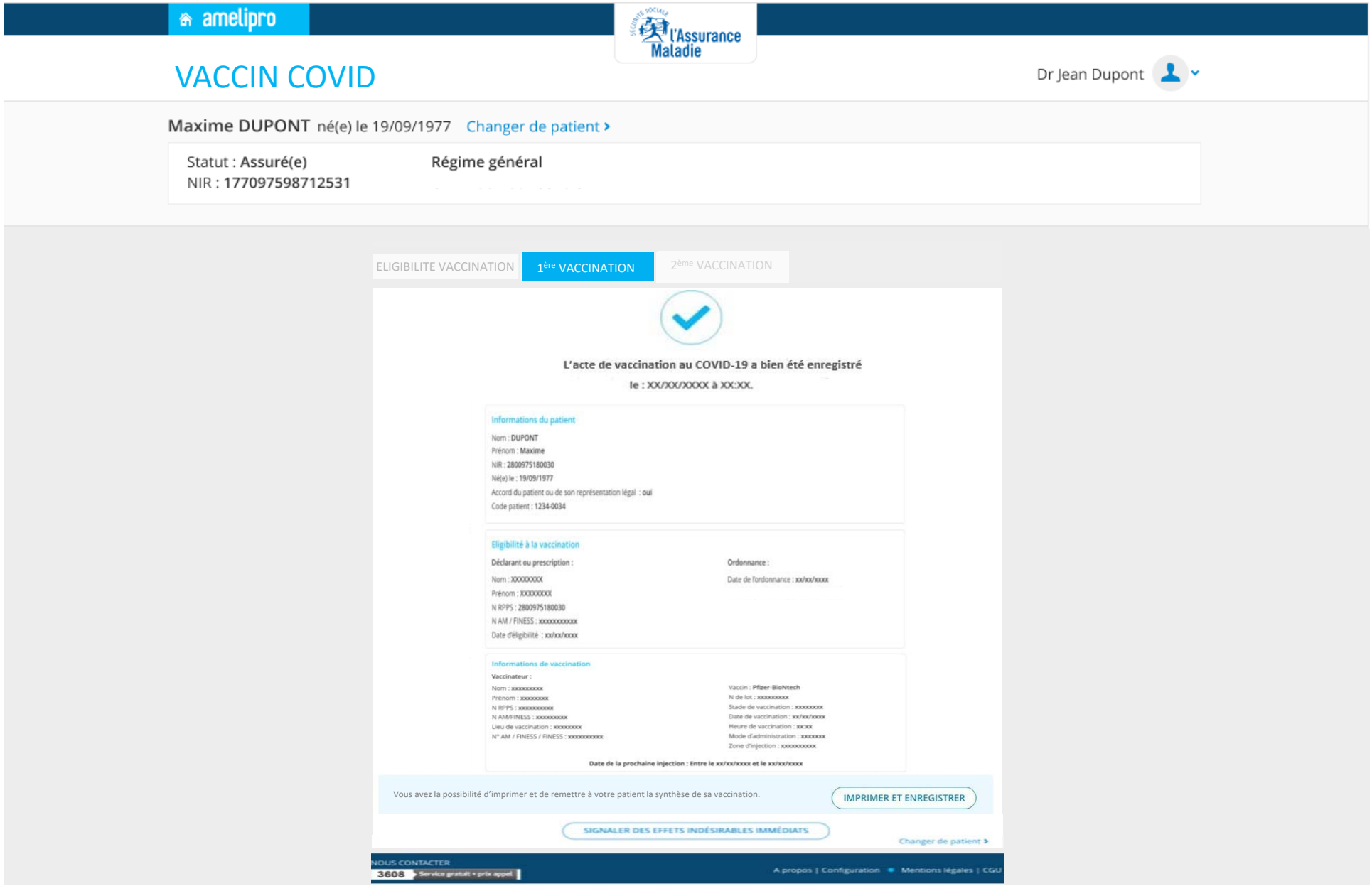
Liste des lieux de vaccination :
« EHPAD »
« USLD »
« Résidence autonomie »
« Résidence service senior »
« Dans un autre établissement médico-social »
« Dans un autre établissement de santé »
« Au cabinet ou dans la structure d'exercice »
« Au domicile du patient »
« Foyer migrant »
« Autre »

X.X.X

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Synthèse vaccination



Scénario 2

Un patient se présente avec une ordonnance papier rédigée par un prescripteur autre que le médecin qui déclare son éligibilité à la vaccination

Déclaration éligibilité

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 Changer de patient ›

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

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

Informations du professionnel de santé délivrant l'ordonnance :

N° RPPS N° AM/FINESS

Nom : Prénom :

Date de l'ordonnance :

Vaccin(s) préconisé(s) :

☑ Pfizer-BioNtech

☑ 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. ?

Bulle d'aide : Ce service n'a pas vocation à enregistrer les refus de vos patients (représentant légal) quant à la vaccination. Ces refus peuvent être consignés dans le dossier de votre patient.

☑ 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

x.x.x

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Synthèse éligibilité

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 Changer de patient ›

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

L'éligibilité à la vaccination COVID-19 a bien été enregistrée
le : XX/XX/XXXX à XX:XX.

Informations patient

Nom : XXXXXXXXX
Prénom : XXXXXXX
NIR : XXXXXXXX
Né(e) le : JJ/MM/AAAA
Accord du patient ou de son représentant légal : Oui
Code patient : XXX-XXX-XXX

Informations de l'ordonnance

Prescripteur :
Nom : XXXXXXXXX
Prénom : XXXXXXX
N° RPPS : XXXXXXX
N° AM/FINESS : XXXXXXX
Date de l'ordonnance : JJ/MM/AAAA
Vaccin(s) préconisé(s) : Pfizer-BioNtech

Eligibilité à la vaccination

Déclarant :
Nom : XXXXXXXXX
Prénom : XXXXXXX
N° RPPS : XXXXXXX
N° AM/FINESS : XXXXXXX

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

IMPRIMER ET ENREGISTRER

POURSUIVRE LA VACCINATION

Changer de patient›

X.X.X

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Déclaration vaccination

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

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

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

Nom du vaccin : Pfizer-BioNtech

Numéro du lot : 1234 - 001

Stade de vaccination : Première vaccination

Date de vaccination XX/XX/XXXX

Heure de vaccination : hh:mm

Mode d'administration : Injection

Zone d'injection : Bras gauche

Lieu de vaccination : Ehpad

Code postal du lieu de vaccination XXXXX

N° AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination

☑ 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

X.X.X

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Synthèse vaccination

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

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

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

L'acte de vaccination au COVID-19 a bien été enregistré
le : XX/XX/XXXX à XX:XX.

Informations du patient
Nom : DUPONT
Prénom : Maxime
NIR : 2800975180030
Né(e) le : 19/09/1977
Accord du patient ou de son représentation légal : oui
Code patient : 1234-0034

Information de l'ordonnance
Prescripteur :
Nom : XXXXXXXX
Prénom : XXXXXXXX
N RPPS : xxxxxxxxxxx
N AM/FINESS : xxxxxxxxx
Date de l'ordonnance : xx/xx/xxxx
Vaccin(s) préconisé(s) : Pfizer-BioNtech

Eligibilité à la vaccination
Déclarant :
Nom : XXXXXXXX
Prénom : XXXXXXXX
N RPPS : xxxxxxxxxxx
N AM/FINESS : xxxxxxxxx
Date d'éligibilité : xx/xx/xxxx

Informations de vaccination
Vaccinateur :
Nom : xxxxxxxxx
Prénom : xxxxxxxx
N RPPS : xxxxxxxxxx
N AM/FINESS : xxxxxxxxx
Lieu de vaccination : xxxxxxxx
N° AM / FINESS / FINESS : xxxxxxxxxx

Vaccin : Pfizer-BioNtech
N de lot : xxxxxxxxx
Stade de vaccination : xxxxxxxx
Date de vaccination : xx/xx/xxxx
Heure de vaccination : xx:xx
Mode d'administration : xxxxxxx
Zone d'injection : xxxxxxxxxx

Date de la prochaine injection : Entre le xx/xx/xxxx et le xx/xx/xxxx

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

IMPRIMER ET ENREGISTRER

SIGNALER DES EFFETS INDÉSIRABLES IMMÉDIATS

Changer de patient >

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

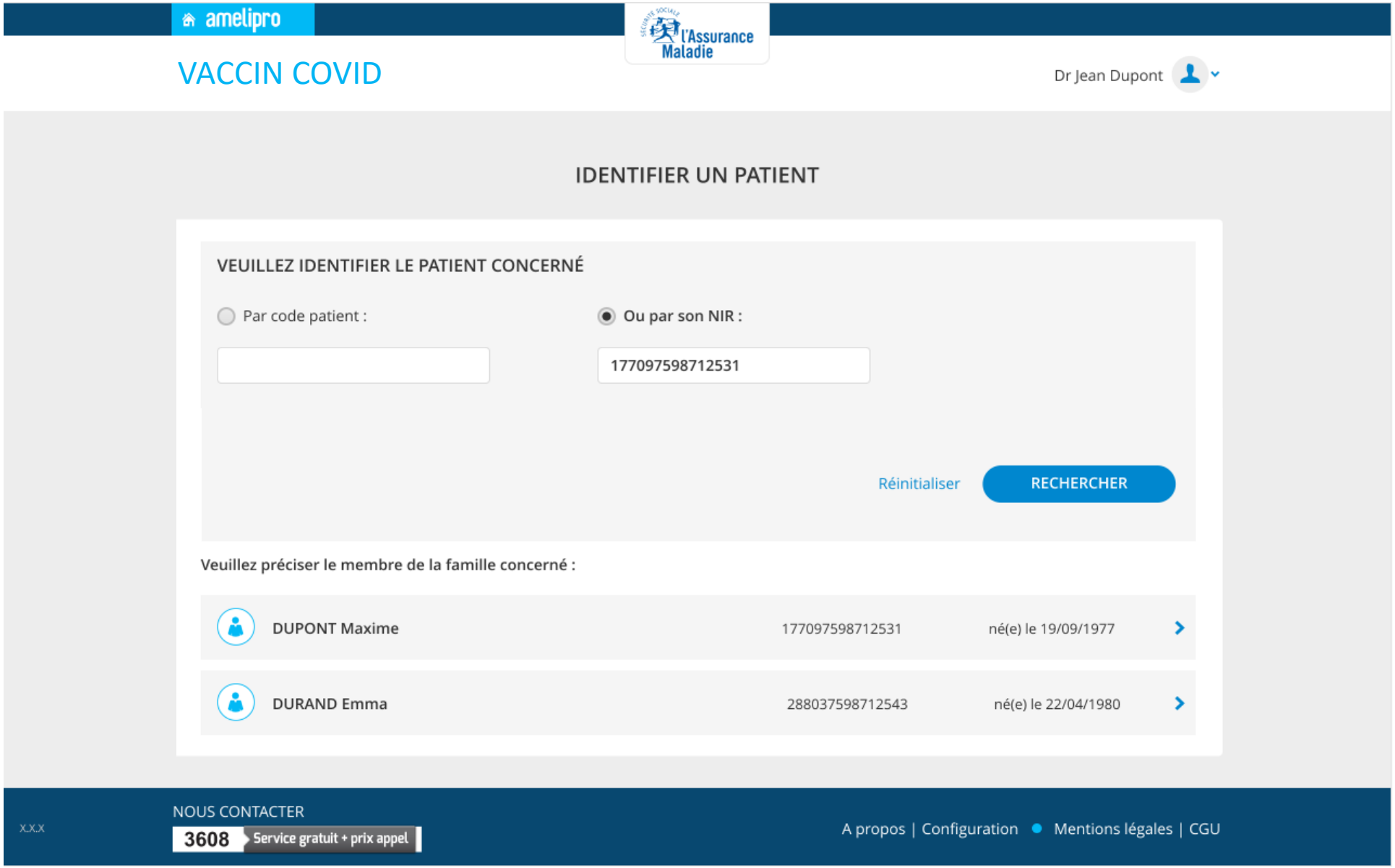
Scénario 3

Un patient se présente avec une ordonnance papier et l'onglet éligibilité vaccination est déjà saisi

Recherche patient

La recherche d'un patient et l'accès aux données est réservé au(x) professionnel(s) de santé assurant la prise en charge effective du patient pour la réalisation de la vaccination contre la Covid 19 (consultation préalable et vaccination). Toute recherche et accès illégitimes peuvent impliquer des sanctions.

Recherche patient



Déclaration vaccination

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

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

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

Nom du vaccin : Pfizer-BioNtech

Numéro du lot : 1234 - 001

Stade de vaccination : Première vaccination

Date de vaccination XX/XX/XXXX

Heure de vaccination : hh:mm

Mode d'administration : Injection

Zone d'injection : Bras gauche

Lieu de vaccination : Ehpad

Code postal du lieu de vaccination XXXXX

N° AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination

☑ Je certifie avoir informé mon patient (son représentant légal) sur le traitement de ses données et j'accepte *les conditions de transmission des données* et j'ai pris connaissance des droits et obligations afférents textes applicables.

RETOUR VALIDER

X.X.X

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Synthèse éligibilité

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

Maxime DUPONT né(e) le 19/09/1977 Changer de patient ›

Statut : **Assuré(e)** **Régime général**
NIR : **177097598712531**

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

L'éligibilité à la vaccination COVID-19 a bien été enregistrée
le : XX/XX/XXXX à XX:XX.

Informations patient

Nom : XXXXXXXXX
Prénom : XXXXXXX
NIR : XXXXXXXX
Né(e) le : JJ/MM/AAAA
Accord du patient ou de son représentant légal : Oui
Code patient : XXX-XXX-XXX

Eligibilité à la vaccination

Déclarant et prescripteur
Nom : XXXXXXXXX
Prénom : XXXXXXXXX
N°RPPS : XXXXXXXXX
N°AM/FINESS : XXXXXXXXX
Date de l'ordonnance : JJ/MM/AAAA

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

IMPRIMER ET ENREGISTRER

POURSUIVRE LA VACCINATION

Changer de patient›

X.X.X

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Déclaration vaccination

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

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

Statut : Assuré(e) Régime général
NIR : 177097598712531

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

Nom du vaccin : Pfizer-BioNtech

Numéro du lot : 1234 - 001

Stade de vaccination : Première vaccination

Date de vaccination XX/XX/XXXX

Heure de vaccination : hh:mm

Mode d'administration : Injection

Zone d'injection : Bras gauche

Lieu de vaccination : Ehpad

Code postal du lieu de vaccination XXXXX

N° AM ou FINESS géographique ou SIRET du lieu de vaccination

☑ 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

X.X.X

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration • Mentions légales | CGU

Synthèse vaccination

amelipro

l'Assurance Maladie

VACCIN COVID

Dr Jean Dupont

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

Statut : **Assuré(e)** **Régime général**
NIR : **177097598712531**

ELIGIBILITE VACCINATION | 1ère VACCINATION | 2ème VACCINATION

L'acte de vaccination au COVID-19 a bien été enregistré
le : XX/XX/XXXX à XX:XX.

Informations du patient
Nom : DUPONT
Prénom : Maxime
NIR : 2800975180030
Né(e) le : 19/09/1977
Accord du patient ou de son représentation légal : oui
Code patient : 1234-0034

Eligibilité à la vaccination
Déclarant ou prescription :
Nom : XXXXXXXX
Prénom : XXXXXXXX
N RPPS : 2800975180030
N AM / FINESS : xxxxxxxxxxx
Date d'éligibilité : xx/xx/xxxx
Ordonnance :
Date de l'ordonnance : xx/xx/xxxx

Informations de vaccination
Vaccinateur :
Nom : xxxxxxxxx
Prénom : xxxxxxxx
N RPPS : xxxxxxxxxx
N AM/FINESS : xxxxxxxxx
Lieu de vaccination : xxxxxxxx
N° AM / FINESS / FINESS : xxxxxxxxxx
Vaccin : Pfizer-BioNtech
N de lot : xxxxxxxxx
Stade de vaccination : xxxxxxxx
Date de vaccination : xx/xx/xxxx
Heure de vaccination : xx:xx
Mode d'administration : xxxxxxx
Zone d'injection : xxxxxxxxxx

Date de la prochaine injection : Entre le xx/xx/xxxx et le xx/xx/xxxx

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

IMPRIMER ET ENREGISTRER

SIGNALER DES EFFETS INDÉSIRABLES IMMÉDIATS

Changer de patient >

NOUS CONTACTER
3608 Service gratuit + prix appel

A propos | Configuration | Mentions légales | CGU