Adresse de retrait des vaccins :

**Urgences Pharmacie**

**Hôpital Timone**

**264 rue Saint-Pierre**

**13005 Marseille**



**INFORMATIONS GENERALES**

A la 1ère commande : Compléter la fiche de renseignement (Annexe 1)

Pour chaque commande :

🡺 Pour toute commande, adresser un mail sur la boite à lettres :

pharmacietimone-vaccinscovid@ap-hm.fr, avec la mention : **Commande vaccins « Nom de l’établissement ».**

 🡺 Indiquer clairement le nombre de flacons ou le nombre de doses souhaité dans la fiche

Nb : Un flacon contient de 5 à 6 doses vaccinales : <https://www.ema.europa.eu/en/news/extra-dose-vials-comirnaty-covid-19-vaccine>

🡺Indiquer si vous avez besoin :

* Du kit de reconstitution/administration par flacon de Vaccin COMIRNATY (Annexe 2)
* Du vaccin seulement (Hôpitaux, Cliniques)

🡺Les commandes doivent être passées avant 12h00 pour une mise à disposition à J+1.

🡺Les vaccins sont mis à disposition (sauf mention expresse de notre part) :

* Le matin à partir 10h00
* L’après-midi à partir de 14h00

🡺Pour le transport : bien préciser lors de chaque commande si vous possédez ou non des glacières :

* Si oui : les produits seront conditionnés en carton puis transférés dans votre glacière. Les eutectiques seront fournis.
* Si non : la pharmacie Timone fournit des glacières et eutectiques qui devront être rendues dans les meilleurs délais.

A la livraison :

* Le bon de livraison est à conserver par l’établissement demandeur
* un jeu d’étiquettes (= nombre de doses) correspondant aux doses est fourni mentionnant le numéro de lot, la date et l’heure de péremption avant dilution (= date/heure de décongélation + 5 jours)

Pour toutes questions ou renseignements :

* adresser un mail sur la boite à lettres : pharmacietimone-vaccinscovid@ap-hm.fr, avec la mention : **Questions/renseignements vaccins « Nom de l’établissement ».**
* Pour toute recherche technique, consulter le site (RCP) : [https://www.comirnatyeducation.fr/](https://urldefense.com/v3/__https%3A/www.comirnatyeducation.fr/__;!!JQ5agg!KV9lAKgjP2hS2dNiW8Pd7YFC0sSe-bAKgTNg8pBBeF-5EmNgKFZO45Jo4FjC9EIEPg2EH4gg1KU$)

 **DEMANDE DE VACCINS COVID**

**Pharmacie Timone**

A adresser à : pharmacietimone-vaccinscovid@ap-hm.fr

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner les informations suivantes :

* Date de livraison souhaitée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nombre de flacons demandé :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nb KIT administration : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Coursier établissement demandeur apporte glacière ? 🞎OUI 🞎NON

*Rq : 1 Fl = 5 à 6 doses de vaccins*

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS (ou N° identifiant) |  |
| ETABLISSEMENT |  |
| ADRETAB1 |  |
| ADRETAB2 |  |
| CODE POSTAL |  |
| VILLE |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| CONTACT |  |
| TEL CONTACT (Pharmacien) |  |
| FAX CONTACT |  |
| Mail Pharmacien |  |

Commentaire : Identité du livreur

ANNEXE 2

