



Document unique de déclaration d'équipe pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération national autorisé

Conformément au IX de l'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

- ☐ Madame [Nom, prénom] : _____
- ☐ Monsieur [Nom, prénom] : _____
- ☐ Docteur [Nom, prénom] : _____

[Adresse courriel du référent] : _____

Référent pour la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) :

[Localité, département, région] _____

Je déclare l'engagement dans la mise en œuvre du (des) protocole (s) national (aux) de coopération suivants [cocher la ou les cases correspondantes] :

- ☐ *Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- ☐ *Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- ☐ *Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- ☐ *Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle, autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- ☐ *Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*
- ☐ *Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle autorisé par arrêté ministériel du 6 mars 2020*

des professionnels de santé mentionnés dans le tableau ci-après [liste non exhaustives] :

Nom	Prénom	Profession	N° RPPS / ADELI

.../...



Je certifie sur l'honneur que ces professionnels ont validé la formation théorique et la formation pratique exigées pour la mise en œuvre de ce protocole et ont acquis les compétences spécifiques attendues.

Je m'engage à :

- Signaler toute modification relative aux membres de l'équipe engagée dans la mise en œuvre du protocole ;
- Transmettre sans délai à l'agence régionale de santé de mon territoire d'exercice et au comité national des coopérations interprofessionnelles (à l'adresse scomite-coop-ps@sante.gouv.fr) les éventuels événements indésirables déclarés par les professionnels ou les patients lors de la mise en œuvre du ou des protocole (s) de coopération nationaux.

Fait à [VILLE], le [DATE].
Signature du référent