## **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