FICHE DE RECUEIL DES DONNEES TROD ANGINE

Pharm'Observance PACA

Coordination scientifique et technique Pr Stéphane Honoré – Dr Félicia Ferrera Bibas

PARTIE A DECOUPER ET A CONSERVER PAR LE PHARMACIEN

Autorisation de pratiquer le TROD

Je soussigné(e), demande à mon pharmacien, le Dr
De pratiquer un test rapide à orientation diagnostique pour moi-même ou mon enfant suite à l'apparition de maux de gorge.
Ce test constitue un élément d'orientation diagnostique et ne se substitue pas au diagnostic réalisé au moyen d'un examen de biologie médicale.
Ce test est actuellement pris en charge dans le cadre d'un programme expérimental concernant les nouvelles missions du pharmacien et aucune somme ne me sera réclamée.
Fait à …… Le …….

N° téléphone patient pour rappel éventuel à 8 jours :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

PARTIE ANONYMISEE A RETOURNER

FICHE RECUEIL DE DONNEES

(partie anonymisée ci-dessous à renvoyer à l'URPS Pharmacien PACA)

Sexe du patient : **F ou M** **(barrez mention inutile)**

		Score test Mac Isaac
Température >38°	☐Oui ☐non = 0	1
Absence de toux	☐Oui ☐non= 0	1
(Ganglions) Adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s)	☐Oui ☐non= 0	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	☐Oui ☐non= 0	1
Age du patient **15 à 44 ans**		0
➢ **45 ans**		-1
	TOTAL résultat du score Mac Isaac:	

Résultat du TROD : **POSITIF NEGATIF** **(barrez mention inutile)**	Patient traité à l'officine : ☐Oui ☐non
Etat des lieux à 8 jours **: ***	Médicaments dispensés Autre :
Patient adressé chez le MT ☐ OUI ☐ NON	En cas de test négatif, Le patient est-il allé voir son médecin ? ☐Oui ☐non
Prescription d'ATB ☐ OUI ☐ NON	Le patient est-il revenu avec une ordonnance : ☐Oui ☐non
Durée du traitement :	
Disparition des symptômes ☐ OUI ☐ NON	

Satisfaction du patient

☐ Très satisfait ☐ satisfait ☐ assez satisfait☐ insatisfait

Seriez-vous prêt à refaire appel au pharmacien dans une situation similaire ? ☐ OUI ☐ NON

Conseilleriez-vous ce service à vos proches ? ☐ OUI ☐ NON

Satisfaction du Pharmacien

☐ Très satisfait ☐ satisfait ☐ assez satisfait☐ insatisfait

Nombre total de fiches renvoyées : Total rémunération ……x 7euros =

Nom pharmacie + tampon pharmacie

* A remplir dans les 8 jours suivants – rappeler le patient si nécessaire