Arbre décisionnel



**Informations sur le patient**

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… Date de naissance…/…/…

N° de sécurité sociale…………………………………………………………………….

Médecin traitant………………………………………………………………………………………………………………….

Consentement du patient ou de son représentant légal à l’inclusion dans le protocole ?

Oui Non

**Professionnel ayant réalisé la prise en charge**

Infirmier Pharmacien

Nom…………………………………………. Prénom……………………………………

N° RPPS…………………………………….

Date et heure de la prise en charge……………………………………………………………………………………

Formulaire de prise en charge

# Données de l’anamnèse

A l’interrogatoire du patient, notez-vous les critères d’exclusion suivants ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères d’exclusion** | **Oui** | **Non** |
| Age : < 6 ans ou >45 ans ? |  |  |
| Retour de voyage avec fièvre dans les 2 à 5 jours ? |  |  |
| Statut vaccinal : non renseigné ou vaccination à réaliser ? |  |  |
| Durée d’évolution des symptômes >8jours ? |  |  |
| Le patient a-t-il de la toux ? |  |  |
| Le patient a-t-il des éruptions cutanées ? |  |  |
| Fièvre >39,5°C ? |  |  |
| Vomissements et/ou diarrhée chez l’enfant ? |  |  |
| Grossesse avérée ou non exclue ? |  |  |
| Immunodépression grave ? (Due au VIH, traitement par chimiothérapie, immunosuppresseurs ou corticostéroïdes oraux au long court) |  |  |
| Insuffisance rénale connue (Clairance <30mL/min selon CKD EPI) |  |  |
| Le patient est-il vu pour la 2ème fois dans le cadre de ce protocole dans les 6 mois suivant le premier épisode ? |  |  |
| Antibiothérapie en cours pour un autre motif ? |  |  |

Doute du pharmacien d’officine ou de l’infirmier diplômé d’état ?

Oui  Non

Si oui, préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………

Au terme de l’anamnèse, le patient est-il réorienté vers le médecin généraliste ? (**Si au moins une case « oui », réorienter vers le médecin**)

Oui  Non

# Données cliniques

A l’examen clinique du patient, notez- vous les critères d’exclusion suivants ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Critères d’exclusion** | | **Oui** | **Non** |
| Premiers signes cliniques d’exclusion | Angine ulcéro-nécrotique |  |  |
| Herpangine |  |  |
| Angine pseudo-membraneuse |  |  |
| Alétration de l’état général |  |  |
| Fièvre >39,5°C |  |  |
| Tismus |  |  |
| Hypersialorrhée |  |  |
| Seconds signes d’exclusion : signes évocateurs d’un phlegmon de l’amygdale ou de complication locorégionale | Déviation médiale de l’amygdale |  |  |
| Œdème ou voussure du voile |  |  |
| Luette déviée du côté sain |  |  |
| Difficulté à parler ou respirer |  |  |
| Cervicalgie concomitante (torticolis) |  |  |
| Prise de paramètres | Tachycardie >110/min |  |  |
| Fréquence respiratoire >20/min |  |  |
| Tension artérielle <90/60mmHg |  |  |

Doute du pharmacien d’officine ou de l’infirmier diplômé d’état ?

Oui  Non

Si oui, préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………

Au terme de l’examen clinique, le patient est-il réorienté vers le médecin généraliste ? (**Si au moins une case « oui », réorienter vers le médecin**)

Oui  Non

# Score de Mac-Isaac

Le score de Mac Isaac a-t-il été réalisé ?

Oui  Non

Si non, pour quelle raison ?

Le patient a moins de 15 ans

Le patient présente un critère d’exclusion et a été réorienté vers le médecin

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Éléments cliniques** | **Points à attribuer** | **Score du patient** |
| Age entre 15 et 44 ans | 0 |  |
| Température >38°C | 1 (0 si <38°C) |  |
| Absence de toux | 1 (0 si présence et exclusion et orientation médicale) |  |
| Adénopathies cervicales sensibles | 1 si oui (0 si absence) |  |
| Atteinte amygdalienne (augmentation de volume ou exsudat) | 1 si oui (0 si absence) |  |
|  | Score total du patient |  |

**Interprétation du score :**

* <2 : angine à streptocoque peu probable, pas de TDR nécessaire, pas d’indication d’antibiothérapie
* ≥ 2 : faire un TDR

# TROD

Le TROD a-t-il été réalisé ?

Oui  Non

**Si non, pour quelle raison ?**

Le score de Mac Isaac est <2

Le patient présente un critère d’exclusion et a été réorienté vers le médecin

**Quel est le résultat du TROD s’il a été réalisé ?**

Positif

Négatif

Impossible à réaliser (Préciser la raison ……………………………………………………………………………)

Marque et modèle du TROD : ………………………………….

N° de lot : ……………………………………………………………..

Date d’expiration : ………………………………………………..

**Si le TDR est impossible à réaliser, réorienter vers le médecin**

Informations de traçabilité du document

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure pluriprofessionnelle** |  |
| **Date de rédaction initiale** | 30/08/2021 |
| **Dernière date de révision** | 30/08/2021 |
| **N° de version actuel** | 1 |
| **Nombre de pages** | 5 |
| **Date de validation** | 30/08/2021 |
| **Référence du document** | PR. 01.2 – Formulaire de prise en charge patient |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° de version** | **Date de modification** | **Modifications apportée** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |