Modèle de prescription type

Prescription réalisée dans le cadre de l’application du protocole « Odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans : protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d’officine et infirmiers diplômés d’état (IDE) » autorisé par l’arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « prise en charge de l’odynophagie par l’infirmier diplômé d’État et le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

Nom du professionnel de santé ayant réalisé la prise en charge : ……………………………………………

Profession : ………………………………………………

Adresse : ………………………………………………….

N° RPPS : ………………………………………………….

N° FINESS : ……………………………………………….

Médecin délégant la prise en charge (Médecin traitant du patient) :

Dr : ……………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………

N° RPPS :………………………………………………

Fait à : …………………………. Le …/…/…

Mr./Mme.: ………………………………….

Age: …………………

Poids : …………….

**Médicament(s) prescrit(s) :**

* [ ]  : *Médicament 1 (DCI, dosage)*

Forme : [ ]  Comprimé [ ] Solution/suspension buvable [ ] Suppositoire [ ]  Autre……

Posologie :

Durée

* *[ ]  : Médicament 2 (DCI, dosage, forme)*

Forme : [ ]  Comprimé [ ] Solution/suspension buvable [ ] Suppositoire [ ]  Autre……

Posologie :

Durée

* [ ]  : *Médicament 3 (DCI, dosage, forme)*

Forme : [ ]  ComPprimé [ ] Solution/suspension buvable [ ] Suppositoire [ ]  Autre……

Posologie :

Durée

Signature du professionnel réalisant la prise en charge

Exemple de prescription

Prescription réalisée dans le cadre de l’application du protocole « Odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans : protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d’officine et infirmiers diplômés d’état (IDE) » autorisé par l’arrêté du 6 mars 2020 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « prise en charge de l’odynophagie par l’infirmier diplômé d’État et le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluriprofessionnelle ».

Nom du professionnel de santé ayant réalisé la prise en charge : *Mr. Jean Galien*

Profession : *Pharmacien*

Adresse : *1 place de l’église*

N° RPPS : *123456789*

N° FINESS : *492123456*

Médecin délégant la prise en charge (Médecin traitant du patient) :

Dr : *Martin Hippocrate*

Adresse : *1 rue de la paix*

N° RPPS : *123456789*

Fait à : *Angers* le *29/07/2021*

Mr. *Pierre Patient*

Age: *25 Ans*

Poids : *70kg*

**Medicament(s) prescrit(s) :**

* [x]  : Amoxicilline 1g

Forme : [x]  Comprimé [ ] Solution/suspension buvable [ ] Suppositoire [ ]  Autre……

Posologie : 1 comprimé matin et soir

Durée : 6 jours

* *[ ]  :* Azithromycine 500mg

Forme : [ ]  Comprimé [ ] Solution/suspension buvable [ ] Suppositoire [ ]  Autre……

Posologie : 1 comprimé par jour

Durée : 3 jours

* [x]  : Paracétamol 1g

Forme : [x]  Comprimé [ ] Solution/suspension buvable [ ] Suppositoire [ ]  Autre……

Posologie : 1 comprimé matin, midi et soir

Durée : 6 jours

Signature du professionnel réalisant la prise en charge


# Éléments pour établir la prescription type (à insérer dans le formulaire de prise en charge du patient au cours de la formation)

**Traitement antibiotique en cas d’angine à TDR positif chez l’ADULTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Molécule** | **Posologie** | **Durée** |
| Amoxicilline | 2g/j en 2 prises | 6 jours |
| Céfuroxime-axétil (si allergie bénigne à la pénicilline) | 500mg/j en 2 prises | 4 jours |
| Azithromycine (si contre-indication aux bêta-lactamines) | 500mg/j en 1 prise | 3j |

**Traitement antibiotique en cas d’angine à TDR positif chez l’ENFANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Molécule** | **Posologie** | **Durée** |
| Amoxicilline | 50mg/kg/j en 2 prises, sans dépasser la posologie adulte | 6 jours |
| Cefpodoxime-proxétil (si allergie bénigne à la pénicilline) | 8mg/kg/j en 2 prises | 5 jours |
| Azithromycine (si contre-indication aux bêta-lactamines) | 20mg/kg/j en 1 prise sans dépasser la posologie adulte | 3j |

**Traitement symptomatique de la fièvre et des douleurs**

* Paracétamol uniquement
* Pas d’autre traitement : ni aspirine, ni AINS, ni vasoconstricteur

**Autres conseils :**

* Boire des boissons chaudes ou froides selon ce qui soulage le plus
* Sucer des glaçons, des bonbons ou des pastilles
* Consulter le médecin en cas de persistance des symptômes à 72h ou d’aggravation de ceux-ci
* Rédaction d’un certificat si nécessaire

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** | 3 |
| **Date de validation** | 30/08/2021 |
| **Référence du document** | PR. 01.7 – Modèle de prescription type  |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

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