Synthèse de la prise en charge

Vous avez donné votre consentement pour votre inclusion dans le protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d’officine et infirmiers diplômés d’état (IDE) « Odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans »

**Important :** si vos symptômes persistent s’aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, consultez votre médecin traitant et présentez-lui ce document

**Informations sur le patient**

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

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

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

**Informations sur le représentant légal du patient (le cas échéant)**

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

Date de naissance…/…/…

**Informations sur le professionnel de santé ayant réalisé la prise en charge**

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

Profession : [ ] Infirmier [ ] Pharmacien

N° RPPS…………………………………….

**Synthèse de la prise en charge**

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

**Décision finale de prise en charge** :

 [ ]  Prise en charge au cabinet infirmier ou à l’officine

 [ ]  Réorientation vers le médecin traitant (préciser la raison)………………………………..

**Déroulé de la prise en charge** :

Présence de critères d’exclusion à l’interrogatoire : Oui [ ]  Non [ ]

Présence de critères d’exclusion à l’examen clinique : Oui [ ]  Non [ ]  Non fait [ ]

Le score de Mac-Isaac a-t-il été réalisé ? Oui [ ]  Non [ ]

 Si oui, indiquer le score……………………..

 Si non, préciser la raison……………………

 Le TDR a-t-il été réalisé ? Oui [ ]  Non [ ]  Impossible (préciser) [ ] ………………………

 Marque et modèle…………………………….

 N° de lot…………………………………………….

 Date d’expiration……………………………….

**Médicaments prescrits (ne vaut pas prescription)**

**[ ]** Paracétamol

 [ ]  Antibiotique

 DCI…………………………………………………………………..

 Dosage et forme………………………………………………

 Posologie et durée…………………………………………..

**Signature du professionnel de santé**

**Cachet du professionnel de santé**

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** | 1 |
| **Date de validation** | 30/08/2021 |
| **Référence du document** | E. 02 – Synthèse de la prise en charge |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

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