Attestation de formation du pharmacien d’officine et de l’IDE

Nous soussignés, Docteurs :

**Informations sur les médecins formateurs**

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… N° RPPS…………………………..

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… N° RPPS…………………………..

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… N° RPPS…………………………..

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… N° RPPS…………………………..

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… N° RPPS…………………………..

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… N° RPPS…………………………..

Attestent que Mr/Mme…………………………………………

* Profession………………………………………………….
* N° RPPS……………………………………………………...

A suivi les 10 heures de formation nécessaires à la mise en place au sein de la structure pluriprofessionnelle *(nom de la structure)*……………………………………………………………………….du protocole de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens d’officine et infirmiers diplômés d’état (IDE) « odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans » et a passé avec succès les cas pratiques conditionnant sa validation.

Au terme de cette formation Mr/Mme………………………………………… est capable de :

[ ]  Identifier les critères et symptômes pour lesquels la réponse doit être médicale (diagnostics différentiels et signes de gravité)

[ ]  Reconnaitre les différents types d’angine

[ ]  Réaliser un score de Mac-Isaac et savoir quand il est nécessaire de le réaliser

[ ]  Réaliser un TDR angine et savoir quand il est nécessaire de le réaliser

[ ]  Prescrire les molécules adaptées sur la base de deux prescriptions types élaborées au cours de la formation

[ ]  Prescrire un arrêt de travail si nécessaire en fonction des recommandations

**Signature des médecins formateurs**

**Fait à…………………………………………….. le …/…/… à …h… :**

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. 03 – Attestation de formation du pharmacien d’officine et de l’IDE |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

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