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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |