

Nous soussignés, Docteurs :

Informations sur les médecins formateurs

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)
- Reconnaître 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

Fait à..... le .../.../... à ...h... :

Signature des médecins formateurs

Enregistrement

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 – Attestation de formation du pharmacien d'officine ou de l'IDE
Rédigé par	Gaillard Thibault
Accepté par	

Historique

N° de version	Date de modification	Modifications apportée