

## COMPTE RENDU : PRISE EN CHARGE À L'OFFICINE DE L'ANGINE

Nom ..... Prénom .....

Age ..... N° de Sécurité Sociale

Nom du Médecin Traitant .....

Cocher parmi les 5 items celui ou ceux qui correspondent à la situation du patient :

**1**  **Je lui ai délivré un traitement antibiotique conforme aux recommandations suite à la réalisation d'un TROD positif :**

<input type="checkbox"/> <b>Amoxicilline</b> <input type="checkbox"/> 2 g par jour en 2 prises par jour, pendant 6 jours <input type="checkbox"/> 50 mg/kg/j en 2 prises par jour par voie orale, sans dépasser 2 g par jour, pendant 6 jours	<input type="checkbox"/> <b>Azithromycine</b> <input type="checkbox"/> 500 mg par jour en 1 prise orale par jour, pendant 3 jours <input type="checkbox"/> 20 mg/kg/j en 1 prise orale par jour, pendant 3 jours
<input type="checkbox"/> <b>Céfuroxime axétil</b> <input type="checkbox"/> 500 mg par jour en 2 prises par jour par voie orale, pendant 4 jours ;	<input type="checkbox"/> <b>Clarithromycine</b> <input type="checkbox"/> 500 mg par jour en 2 prises par voie orale par jour, pendant 5 jours <input type="checkbox"/> 15 mg/kg/j en 2 prises par voie orale par jour, pendant 5 jours
<input type="checkbox"/> <b>Cefpodoxime proxétil</b> <input type="checkbox"/> 200 mg par jour en 2 prises par jour par voie orale, pendant 5 jours ; <input type="checkbox"/> 8 mg/kg/j en 2 prises par jour par voie orale, sans dépasser la dose adulte de 200 mg par jour, pendant 5 jours	<input type="checkbox"/> <b>Josamycine</b> <input type="checkbox"/> 2 g par jour en 2 prises par voie orale par jour, pendant 5 jours <input type="checkbox"/> 50 mg/kg/j en 1 prise par voie orale par jour, pendant 5 jours

**2**  **Je lui ai conseillé un simple traitement symptomatique suite à la réalisation d'un TROD négatif.**

**3**  **Je lui ai également conseillé de consulter rapidement un médecin, en cas de persistance des symptômes >72 h, d'aggravation des symptômes ou d'apparition de nouveaux symptômes.**

**4**  **Je lui ai conseillé de consulter son médecin traitant dans les 24h en raison de l'identification du critère suivant ne permettant pas sa prise en charge en officine :**

- Age < 10 ans
- Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadap- tées en l'absence de dossier médical disponible
- Retour de voyage en pays tropical depuis 2 à 5 jours et vaccination anti diphtérique non à jour / non renseignée
- Grossesse en cours ou non exclue
- Évolution des symptômes depuis plus de 8 jours
- Apparition d'une éruption cutanée chez cet enfant
- Notion d'insuffisance rénale sévère rapportée par le patient débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/ mn/1.73m2 selon CKD-EPI

- Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothé- rapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie, métimazole ou dérivé prescrit pour hyperthyroïdie)
- Port d'un cathéter veineux implanté
- Antibiothérapie déjà en cours pour une autre raison
- Épisode similaire dans les 15 jours précédents
- Deux autres épisodes d'odynophagie depuis 6 mois sans avoir consulté de médecin
- Contre-indication à l'utilisation de l'amoxicilline, céfuroxime, cefpodoxime, azithromycine, clarithromycine, et josamycine conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP)

**5**  **Je l'ai adressé à un médecin en urgence en raison de symptômes de gravité nécessitant une prise en charge médicale immédiate**

- Température mesurée > 39,5°C
- Mesure d'une Pression artérielle Systolique < 90 mm Hg ou d'une Fréquence Cardiaque > 110/mn ou d'une Fréquence Respiratoire >20min
- Difficulté respiratoire ou pour parler

- Trismus (limitation de l'ouverture buccale)
- Hypersialorrhée
- Cervicalgie ou torticolis limitant les mouvements de la tête

**Points divers :**