

# BIOSYNEX TROD STREPTATEST


FICHE DE TRAÇABILITÉ POUR LA RÉALISATION DES TESTS D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DE L'ANGINE À SGA ET LA DÉLIVRANCE D'ANTIBIOTIQUES

Cette fiche est à conserver par le pharmacien.

Nom :	Prénom :
Âge (bloquant si < 10 ans) :	Ordonnance conditionnelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La patiente présente au moins 1 critère d'exclusion <sup>(1)</sup> (bloquant) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La patiente présente au moins 1 critère d'exclusion d'urgence <sup>(1)</sup> (bloquant) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
≥ 15 ans, score de Mac-Isaac : <input type="checkbox"/> <2 <input type="checkbox"/> ≥2	

Le Pharmacien est autorisé à effectuer le TROD angine suite à l'arrêté du 1er août 2016 (JORF 5 août 2016 texte n° 47) déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.

Après la réalisation d'un TROD angine positif, le Pharmacien est également autorisé à délivrer sans ordonnance certains médicaments, dont des antibiotiques, suite à l'arrêté du 17 juin 2024 (JORF du 18 juin 2024 - texte n° 0142).

	Biosynex SA - Référence : 10025 Test rapide oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A - Ecouvillon fourni dans le kit
N° de lot : Date de péremption :	Date : Heure :
Résultat du test : <input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant (y compris impossibilité de prélèvement)
Orientation vers médecin traitant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Délivrance d'antibiotiques selon prescription : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Délivrance d'antibiotiques sans prescription (suite à un résultat positif) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traitement symptomatique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

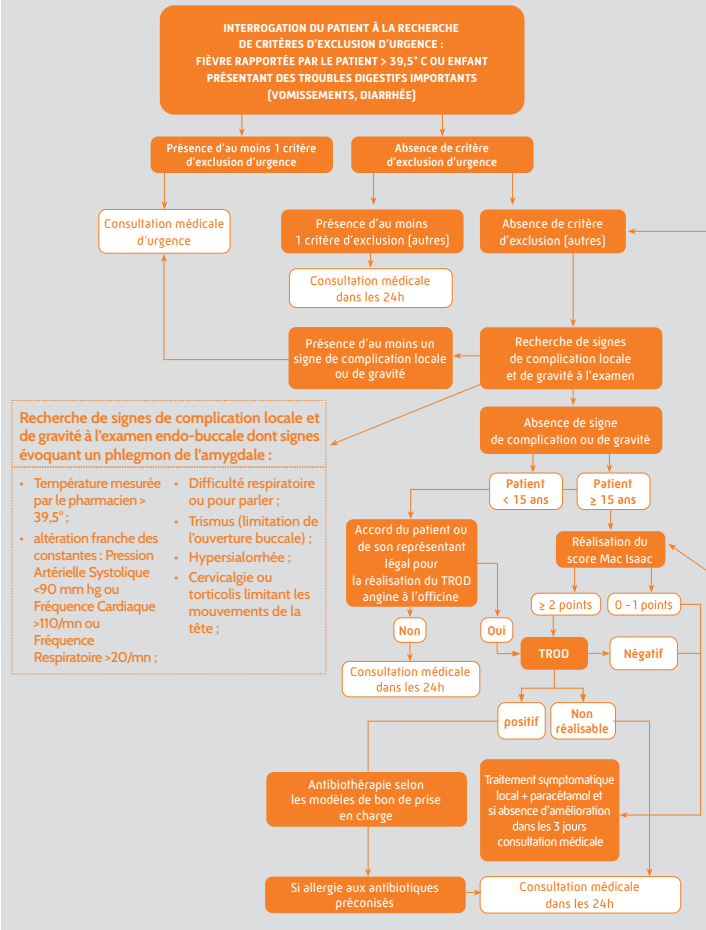
- J'atteste être formé pour la réalisation du test rapide d'orientation diagnostique des infections urinaires aiguës non compliquées et avoir réalisé le prélèvement et le test en conformité avec la notice du fabricant. La notice du fabricant est annexée à cette présente fiche.
- J'atteste avoir pris connaissance de la notice avant utilisation du test (conditions de recueil de prélèvement de réalisation et d'interprétation du test).
- J'atteste avoir éliminé les consommables utilisés selon les modalités requises.
- J'atteste avoir transmis à la personne ayant bénéficié du test un document écrit. Ce document mentionne le résultat du test et rappelle que ce test ne constitue qu'une orientation diagnostique.
- J'atteste avoir appliqué les modalités de prise en charge du patient en cas de positivité d'un test d'orientation diagnostique.
- J'atteste avoir transmis tout résultat positif au médecin traitant du patient (sauf opposition du patient).

Nom / prénom du professionnel de santé :
Signature et nom de la pharmacie (obligatoire) :

(1) Voir le rappel du protocole au verso  
PRD\_10025\_FR\_V10202407R01  
Lire attentivement les instructions figurant sur l'étiquetage et/ou dans la notice d'utilisation.  
Date de dernière modification : 07/2024

## RAPPEL DU PROTOCOLE

Un patient âgé de plus de 10 ans se présente spontanément à l'officine avec des symptômes évocateurs d'angine (mal de gorge provoqué ou augmenté par la déglutition)



### Autres Critères d'exclusion :

- Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadéquates en l'absence de dossier médical disponible ;
- Patient de moins de 10 ans ;
- Eruption cutanée associée chez un enfant (moins de 15 ans) ;
- Durée d'évolution des symptômes > 8 jours ;
- Retour de voyage en pays tropical depuis 2 à 5 jours et vaccination anti-diphtérique non à jour ou non renseignée ;
- Grossesse avérée ou non exclue ;
- Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie, carbimazole méthimazole ou dérivé prescrit pour hyperthyroïdie) ;
- Insuffisance rénale sévère rapportée par le patient ou débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/mn/1,73m<sup>2</sup> selon CPK-EPI ou (DFG) < 40 ml/mn/1,73m<sup>2</sup> selon CPK-EPI si cefpodoxime ;
- Antibiothérapie en cours pour une autre raison ;
- Episode similaire dans les 15 jours précédents ;
- Patient vu pour la 3<sup>ème</sup> fois pour odynophagie par le pharmacien depuis 6 mois sans avoir vu son médecin traitant ;
- Contre-indication à l'utilisation de l'amoxicilline, céfuroxime, cefpodoxime, azithromycine, clarithromycine et josamycine conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP) ;
- Doute du pharmacien ;
- Port d'un cathéter veineux implanté.

### Score Mac Isaac

- Absence de toux +1 pt
- Adénopathies cervicales antérieures sensibles +1 pt
- Température > 38° +1 pt
- Atteinte amygdalienne (enflure ou exsudat) +1 pt
- Age >50 ans -1 pt

### Questions diverses à poser dans le cadre de la vérification de l'éligibilité et à ajouter au Compte rendu :

- Quelles maladies ou interventions chirurgicales avez-vous ou avez-vous eues ?
- Avez-vous des allergies ou des intolérances médicamenteuses ? Si oui, lesquelles ?
- Des traitements médicamenteux vous sont-ils prescrits actuellement ? Si oui lesquels ?
- Un événement marquant de santé vous a-t-il affecté depuis un an ?
- Souhaitez-vous me signaler un autre point concernant votre santé ?