

# INDICATION DE PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE D'UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION ODYNOPHAGIE

## 1- Données administratives

Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nom / prénom du patient :

Consentement du patient  OUI  NON

Médecin traitant :

Identité de la personne appliquant le protocole :

CACHET et signature

## 2- Vérification des causes d'exclusion du dispositif :

### Contexte

Plus de 50 ans, moins de 6 ans	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Grossesse avérée ou non exclue	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Symptômes depuis plus de 8 jours	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Episode similaire < 15j	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Troisième épisode en 6 mois sans recours au MT	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Drépanocytose, immunosuppresseur ou chimiothérapie	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Port d'un cathéter veineux implanté	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Antibiothérapie en cours pour un autre motif	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
CI utilisation des antibiotiques selon RCP	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Fièvre 2 à 5 j après un retour de voyage	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Insuffisance rénale sévère	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Recueil des données impossible, doute du délégué	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Dernier rappel vaccin diphtérique >20 ans	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

### Symptômes

Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Enfants : signes digestifs	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Fièvre >39,5°C	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Vomissements +++	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>TAs &lt; 90mmHg</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<b>Hypersalivation</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>FC &gt;110 ou FR &gt; 20</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Doute du délégué	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>Phlegmon (déviation de la luette, trismus)</b>				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>Respiration bruyante, gonflement cervical, difficulté à parler</b>				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>Limitation de la mobilité du cou</b>				<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Angine ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI			
Angine pseudomembraneuse, ou vésiculeuse	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI			

### Décision du délégué

- Poursuite du protocole
- Adressage à un médecin
- Adressage aux urgences

# PROTOCOLE ODYNOPHAGIE APRES INCLUSION

Nom / prénom du patient :

Identité de la personne réalisant le protocole :

## 1- Amygdalite ?

- NON → prescription de paracétamol sans autre examen  
 OUI ou Doute : poursuite du protocole

## 2- Age ?

- 6-14 ans : TROD systématique  
 ≥15ans : Score de Mac Isaac avant TROD

## 3- Score de Mac Isaac

- |   |    |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Fièvre supérieure à 38°C   | +1 |
| <input type="checkbox"/> Absence de toux            | +1 |
| <input type="checkbox"/> Ganglion cervical sensible | +1 |
| <input type="checkbox"/> Amygdalite                 | +1 |
| <input type="checkbox"/> Age ≥ 45 ans               | -1 |

A partir de 15 ans  
Un score de Mac Isaac < 2 élimine la  
probabilité d'une angine streptococcique  
dans plus de 95% des cas

## 4- TROD (si Mac Isaac ≥ 2 ou âge 6-14 ans)

- Positif  
 Négatif  
 Impossible à réaliser / douteux → Adressage médecin

Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

CACHET et signature