

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

## 1- Données administratives

Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nom / prénom de la patiente :

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 65 ans, moins de 16 ans	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Troisième épisode en 12 mois	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Deuxième épisode en 2 semaines	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Grossesse avérée ou non exclue	<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
Prise de fluoroquinolone < 3mois	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Antibiothérapie en cours pour un autre motif	<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

### Symptômes

Frissons ou fièvre inf à 36°C /sup à 38°C	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<b>FC &gt; 110 FR &gt;20 Tas &lt;90 mmHg</b>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Douleur des flancs ou lombaire	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Symptômes génitaux	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Vomissements, diarrhées, douleur abdominale	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

## 3- Analyse urinaire :

Contre-indication aux antibiotiques selon RCP ou allergie aux antibiotiques recommandés → ECBU

Pas de contre-indication ou d'allergie → Bandelette urinaire

Leucocytes  négatif  traces  +  ++  +++

Nitrites  négatif  traces  +  ++  +++

### Décision du délégué

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