



Fiche de traçabilité de la réalisation du test rapide oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A	
Date et heure de réalisation du test :	
Identification de la structure/établissement :	
Nom, prénom du pharmacien ayant réalisé le TROD :	
Nom, prénom du patient :	
Age du patient (bloquant si en dessous de 10 ans)	
Présentation d'une ordonnance conditionnelle par le patient :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non et si patient âge de 15 ans et plus : score de Mac Isaac ≥ 2 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom du test disposant du marquage CE (et figurant sur la liste de l'ANSM) :	
Numéro de lot :	
Date de péremption :	Résultat : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant (y compris impossibilité de prélèvement)

TSVP

Suite réservée à la réalisation du test :	
Orientation vers le médecin traitant :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Délivrance d'ATB selon prescription conditionnelle :	<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 TROD et avoir réalisé le prélèvement et le test en conformité avec la notice du fabricant.

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 TROD.

J'atteste avoir transmis tout résultat positif au médecin traitant du patient (sauf opposition du patients).

Date et signature