

BIOSYNEX STREPTATEST

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

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
Si ≥ 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.

BIOSYNEX 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	Traitement symptomatique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- J'atteste être formé pour la réalisation du test rapide oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A 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) :