

TAMPON DE LA PHARMACIE

DATE : / /

HEURE :

NOM DU PHARMACIEN :

HOMME ☐ FEMME ☐

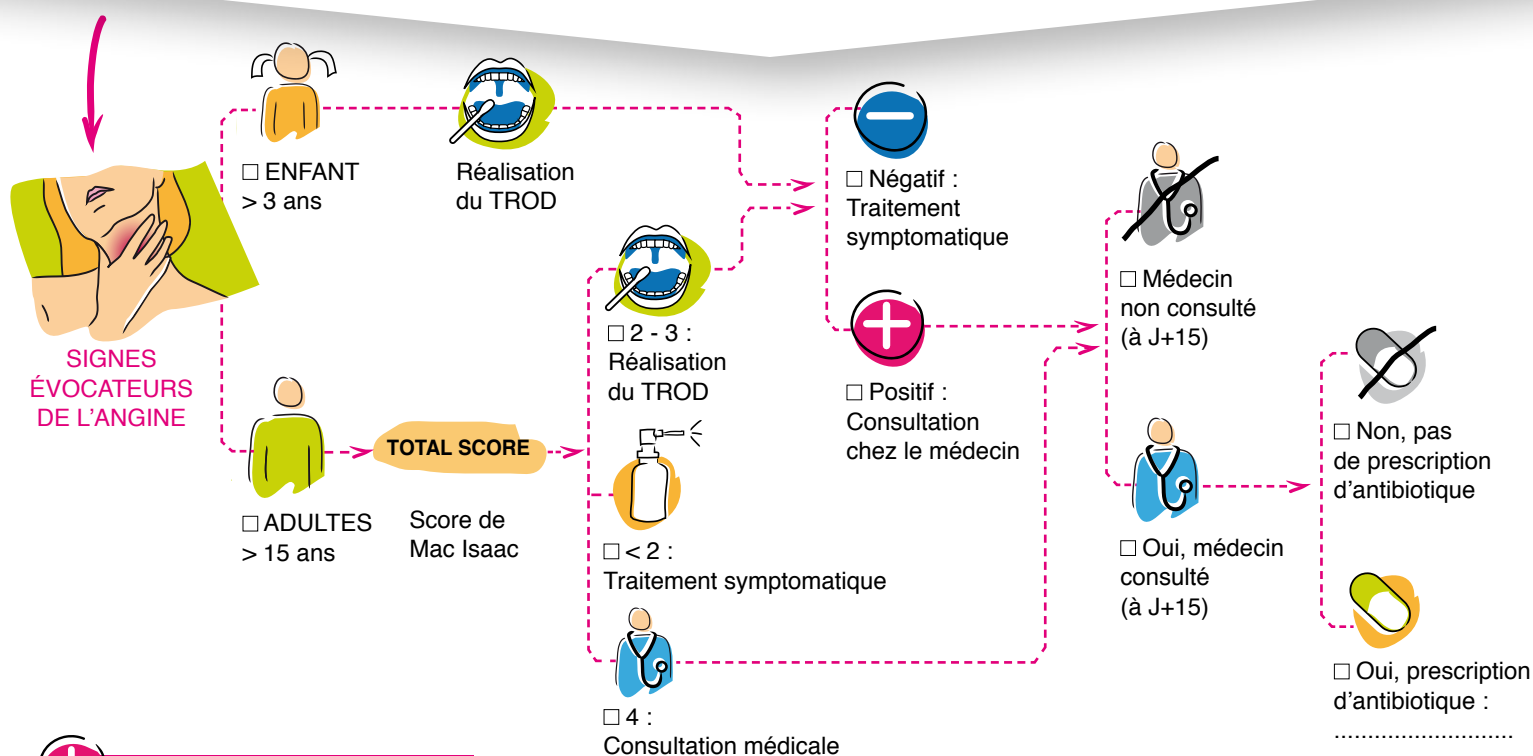
ANNÉE DE NAISSANCE :

MAC ISAAC

Symptômes	Score	Score du patient à remplir
Fièvre > 38 °C	1	
Absence de toux	1	
Adénopathies cervicales sensibles	1	
Atteinte amygdalienne (↗ volume ou exsudat)	1	
Age	15 à 44 ans	0
	≥ 45 ans	-1
TOTAL SCORE		

REALISATION DU TROD

Marque et numéro de lot du test utilisé :



SI LE TEST TROD EST POSITIF

Nom du patient :

Prénom du patient :

Coordonnées où joindre le patient :

Tél. :

E-mail :

Si patient mineur, nom de la personne à contacter :

Nom du médecin traitant du patient :

Coordonnées du médecin traitant (tél., e-mail ou adresse postale) :

.....

.....

.....

.....

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN ET À REMETTRE AU PATIENT

Votre pharmacien vous informe que le résultat de ce test ne constitue qu'une orientation diagnostique.

CONSEIL DU PHARMACIEN :
(Résultat du TROD, produits délivrés)

TAMPON ET SIGNATURE DU PHARMACIEN :