

TAMPON DE LA PHARMACIE

DATE : ..... / ..... / ..... HEURE : .....

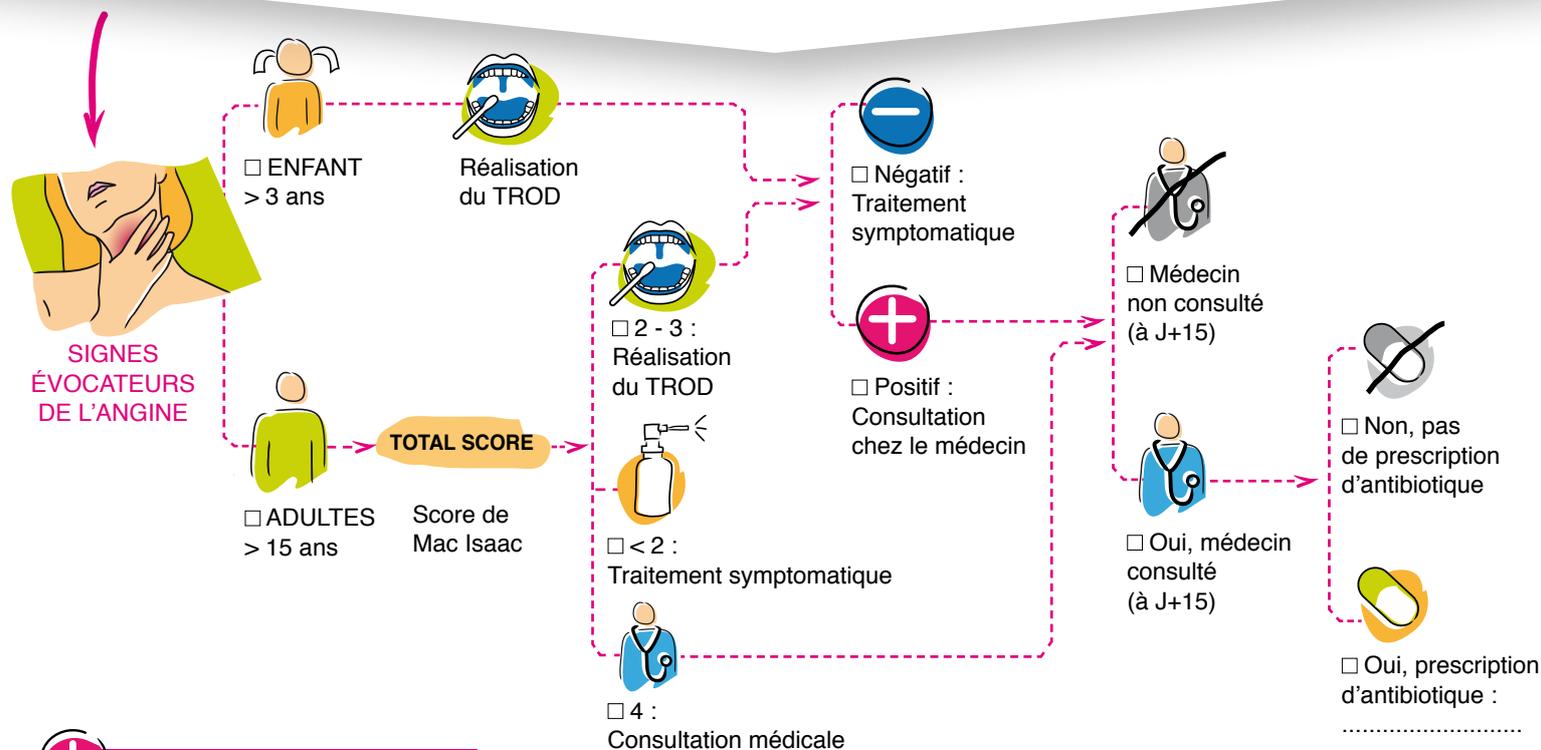
NOM DU PHARMACIEN : .....

HOMME  FEMME

ANNÉE DE NAISSANCE : .....

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	
<b>TOTAL SCORE</b>			

**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 :