NOM :

PRÉNOM :

ÂGE :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

* Je lui ai conseillé de vous consulter dans les 24h en raison de l’identification du critère suivant ne permettant pas sa prise en charge à l’officine :
	+ Age < 16 ans ou > 65 ans
	+ Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées en l’absence de dossier médical disponible
	+ Grossesse avérée ou non exclue
	+ Signalement par la patiente de signes d’appel gynécologiques : leucorrhée / prurit vulvaire ou vaginal
	+ Notion de cystites à répétition ≥ 3 épisodes dans les 12 derniers mois
	+ Episode de cystite non complétement résolu dans les 15 derniers jours
	+ Antécédents d’anomalie fonctionnelle ou organique de l’arbre urinaire (uropathie, résidu vésical, lithiase rénale, tumeur rénale, geste chirurgical récent, endoscopique ou sondage)
	+ Immunodépression ou risque d’immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie)
	+ Port d’un cathéter veineux implanté
	+ Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
	+ Notion d’insuffisance rénale chronique sévère rapportée par la patiente ou débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/mn/1.73m2 selon CKD-EPI
	+ Prise de fluoroquinolones dans les 3 mois précédents (risque de sélection des germes)
* Je l’ai adressée à un médecin en urgence en raison de symptômes de gravité nécessitant une prise en charge médicale immédiate
	+ Fièvre rapportée par la patiente ou mesurée avec température >38° C ou hypothermie (Température < 36° C) ou frissons
	+ Douleur d’une ou des fosses lombaires ou au niveau des flancs, vomissements / diarrhée / douleurs abdominales
	+ Mesure d’une Pression artérielle Systolique < 90 mm Hg ou d’une Fréquence Cardiaque > 110/mn ou d’une Fréquence Respiratoire >20/mn
* Je lui ai délivré un traitement antibiotique conforme aux recommandations en vigueur à la suite de la réalisation d’une bandelette urinaire positive aux leucocytes ou aux nitrites
	+ FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3 g per os en une prise unique
	+ PIVMECILLINAM 400 mg per os 2 fois par jour pendant 3 jours
* Je lui ai conseillé de consulter un médecin dans les 24h
	+ A la suite de la réalisation d’une bandelette urinaire négative aux leucocytes et aux nitrites mais avec présence d’une hématurie ou d’une autre anomalie
	+ A la suite de la réalisation d’une bandelette urinaire positive aux leucocytes OU aux nitrites mais en présence d’une allergie ou contre-indication à la fosfomycine ou au pivmecillinam