

## COMPTE RENDU : PRISE EN CHARGE À L'OFFICINE DE LA CYSTITITE SIMPLE DE LA FEMME

Nom ..... Prénom .....

Age ..... N° de Sécurité Sociale

Nom du Médecin Traitant .....

Cocher parmi les 4 items celui ou ceux qui correspondent à la situation du patient :

### 1 Je lui ai conseillé de consulter son médecin dans les 24h en raison de l'identification du critère suivant ne permettant pas sa prise en charge à l'officine :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Age < 16 ans ou > 65 ans<br><input type="checkbox"/> Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées en l'absence de dossier médical disponible<br><input type="checkbox"/> Grossesse avérée ou non exclue<br><input type="checkbox"/> Signalement par la patiente de signes d'appel gynécologiques : leucorrhée/prurit vulvaire ou vaginal<br><input type="checkbox"/> Notion de cystites à répétition ≥ 3 épisodes dans les 12 derniers mois<br><input type="checkbox"/> Episode de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours<br><input type="checkbox"/> Antécédents d'anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire (uropathie, résidu vésical, lithiase rénale, tumeur rénale, geste chirurgical récent, endoscopique ou sondage) | <input type="checkbox"/> Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie)<br><input type="checkbox"/> Port d'un cathéter veineux implanté<br><input type="checkbox"/> Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie<br><input type="checkbox"/> Notion d'insuffisance rénale chronique sévère rapportée par la patiente ou débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/mn/1.73m <sup>2</sup> selon CKD-EPI<br><input type="checkbox"/> Prise de fluoroquinolones dans les 3 mois précédents (risque de sélection des germes) |
|--|---|

### 2 Je l'ai adressée à un médecin en urgence en raison de symptômes de gravité nécessitant une prise en charge médicale immédiate :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre rapportée par la patiente ou mesurée avec température >38° C ou hypothermie (Température < 36° C) ou frissons | <input type="checkbox"/> Mesure d'une Pression artérielle Systolique < 90 mm Hg ou d'une Fréquence Cardiaque > 110/mn ou d'une Fréquence Respiratoire >20/mn | <input type="checkbox"/> Douleur d'une ou des fosses lombaires ou au niveau des flancs, vomissements / diarrhée / douleurs abdominales |
|---|--|--|

**3**  **Je lui ai prescrit un traitement antibiotique conforme aux recommandations en vigueur suite à 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

**4**  **Je lui ai conseillé de consulter un médecin dans les 24h :**

Suite à la réalisation d'une bandelette urinaire négative aux leucocytes et aux nitrites mais avec présence d'une hématurie ou d'une autre anomalie

Suite à 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

**Points divers :**