



MOCLI60699

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE DÉPISTAGE STREPTOCOQUE A

Consigne : Se référer au [Protocole médical national #888054](#) Initier une mesure diagnostique et thérapeutique chez une personne qui présente des signes et symptômes d'une pharyngite-amygdalite bactérienne et son OC associée (OC-6130).

INFORMATIONS SUR L'USAGER	
☐ Double identification faite ☐ Révision des données de l'utilisateur au DMÉ et mise à jour au besoin	
Allergies/intolérances : _____ Si allergies aux pénicillines, précisez la réaction : _____	
Sans médecin de famille/IPS : ☐ Usager référé au Guichet accès à un médecin de famille (GAMF) pour enregistrement	
☐ Usager mineur ou inapte accompagné d'une personne autorisée : _____ nom, prénom, coordonnées	
☐ Usager mineur ou inapte non accompagné d'une personne autorisée : → Mettre fin à l'évaluation, car non éligible.	
CONSENTEMENT	
☐ Consentement verbal obtenu au dépistage par l'utilisateur ou la personne autorisée. → Si refus : Mettre fin à l'évaluation, car non éligible.	
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	
☐ Usager âgé de 3 ans et plus qui présente un mal de gorge depuis moins de 9 jours ET présentant au moins un des signes et symptômes suivants : ☐ Ganglions lymphatiques cervicaux antérieurs sensibles ou enflés ET/OU ☐ Exsudat ou enflure des amygdales ET/OU ☐ Fièvre supérieure à 38,0°C (température buccale, rectale ou axillaire)	
CRITÈRES D'EXCLUSION	
☐ Usager âgé de moins de 3 ans	
☐ Présence de douleur pharyngée depuis 9 jours ou plus	
☐ Absence d'au moins un des signes et symptômes mentionnés ci-haut	
☐ 3 traitements pharmacologiques ou plus dans la dernière année OU un traitement dans les 4 dernières semaines, pour un SGA	
→ Si présence de critères d'exclusion : Mettre fin à l'évaluation, car non éligible.	
CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DU DÉPISTAGE	
☐ Aucune contre-indication → Si présence d'une contre-indication : Mettre fin à l'évaluation, car non éligible.	
☐ Fièvre avec atteinte de l'état général	☐ Blessure sévère au cou, au visage ou à la tête
☐ Stridor ou d'autres signes de détresse respiratoire (ex. tachypnée, dyspnée, bronchospasme sévère, etc.)	☐ Fuite du liquide cérébro-spinal par l'oreille
☐ Douleur ou gonflement du cou, torticolis dû à un spasme musculaire, raideur au niveau du cou	☐ Signes évocateurs d'hypertension intracrânienne
☐ Gonflement visible dans le pharynx, de la paroi pharyngée, du palais mou ou du plancher de l'oropharynx	☐ Chirurgie récente de la bouche
☐ Hypersalivation (sialorrhée)	☐ Brûlure à la bouche
☐ Mal de gorge unilatéral sévère	☐ Odynophagie sévère
☐ Dysphagie avec incapacité de boire ou manger.	☐ Fracture à la base du crâne
☐ Dysphonie ou « l'existence d'une voix couverte appelée voix de patate chaude » (parler comme si l'on avait un objet chaud dans sa bouche)	☐ Instabilité hémodynamique
☐ Hématurie	☐ Dents ou implants dentaires instables
☐ Purpura	☐ Coagulopathie sévère ou hémoptysie inexpliquée
☐ Pétéchies cutanées	☐ Anastomose récente de l'œsophage ou de la trachée ou fistule trachéo-œsophagienne
☐ Trismus (spasme des muscles de la mâchoire)	☐ Problème respiratoire important (suspicion d'épiglottite, de corps étranger ou d'abcès périamygdalien)
ÉVALUATION DE LA DOULEUR SELON PQRSTU ET SIGNES VITAUX	

P provoqué Q qualité R région S symptômes T temps U compréhension	
TA : _____ / _____ mmHg	FC : _____ /min
FR : _____ /min	Saturation : _____ %
T° : _____ °C ☐ Buccale ☐ Rectale	Poids (enfant seulement) : _____ ☐ lbs ☐ kg
	☐ AA ☐ O ₂ _____ L/min

EXAMEN CLINIQUE

SI PRÉSENCE D'AU MOINS UN SIGNE SUGGESTIF DE SCARLATINE* : EFFECTUER UN TDAR**.

SI NON : CALCULER LE SCORE DE CENTOR MODIFIÉ.

Inspection	Oui	Non	Description/caractéristique
Peau (rougeurs, plaques, boutons, lésions, rash érythémateux et granuleux au niveau du tronc*, signe de Pastia*)	☐	☐	
Nez (écoulement, érythème, lésions)	☐	☐	
Bouche et gorge (lésions, érythème, pétéchies, œdème, rougeur, exsudat, déviation luette, toux, langue rouge et bosselée, avec ou sans enduit blanchâtre, lui donnant l'aspect d'une framboise ou d'une fraise*)	☐	☐	
Adénopathies et cou (ganglions visibles)	☐	☐	
Palpation			
Adénopathies (ganglions perceptibles)	☐	☐	
Cou (raideur nuque, mobilisation difficile)	☐	☐	

** TDAR = test de détection d'antigènes rapides

SCORE DE CENTOR MODIFIÉ***

ÉVALUATION DU RISQUE D'INFECTION À STREPTOCOQUE B-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (SGA)

Critères	Oui	Non
Fièvre supérieure à 38,0°C	☐ (1 point)	☐
Absence de toux	☐ (1 point)	☐
Ganglions lymphatiques cervicaux antérieurs sensibles OU enflés	☐ (1 point)	☐
Présence d'exsudat OU enflure des amygdales	☐ (1 point)	☐
Âge : de 3 à 14 ans	☐ (1 point)	☐
Âge : de 15 à 44 ans	☐ (aucun point)	☐
Âge : plus grand ou égal à 45 ans	☐ (moins 1 point)	☐
Score total :		

*** Adapté du GUO de l'INESSS et du guide de pratique de la SCP [INESSS, 2017a] [Sauve et al., 2021].

INTERVENTIONS

☐ Usager non éligible	☐ Référer l'usager vers la trajectoire appropriée selon l'OC-6130 (aucun TDAR/culture)
☐ Score entre 0 et 2	Aucun TDAR/culture ☐ Conseils pour bien soulager les symptômes émis ☐ Usager avisé de consulter si persistance des symptômes ou détérioration de l'état ☐ Si femme enceinte → Référence au professionnel répondant selon la trajectoire
☐ Score de 3 ou plus ou en présence d'au moins un des signes suggestifs de scarlatine*	TDAR fait ET résultat négatif Culture de gorge à faire SEULEMENT pour : ☐ Usager de moins de 15 ans ☐ Usager qui présente des antécédents de complication d'un SGA ☐ Usager qui réside dans une communauté autochtone ☐ Aviser usager des délais attendus et du mode de divulgation du résultat ☐ Conseils pour bien soulager les symptômes émis ☐ Aviser usager de consulter si détérioration de l'état ☐ Si femme enceinte, usager greffé sous immunosuppresseurs OU usager qui présente au moins un des signes suggestifs de scarlatine* → Référence au professionnel répondant selon la trajectoire TDAR fait ET résultat positif ☐ Prescription complétée et acheminée à la pharmacie de l'usager ☐ Aviser l'usager de s'isoler 12 heures après le début du traitement et suivre les mesures sanitaires ☐ Informer la personne autorisée, lorsqu'applicable, que le retour à l'école/garderie est possible après 24 heures de traitement, selon l'état général ☐ Aviser de consulter si aucune amélioration/détérioration après 48 à 72 heures d'antibiotique ☐ Si usager rapportant un antécédent de réaction allergique aux pénicillines → Référence vers le pharmacien communautaire pour déterminer le traitement

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'infirmière : _____ # de permis : _____ Date : ____/____/____