

Dans le cadre de l'équipe constituée par la structure d'exercice coordonné ou par la CPTS « nom », il vous est proposé d'être prise en charge par un pharmacien / un infirmier spécifiquement formé à un protocole de coopération « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'état de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans ».

Cette prise en charge a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé.

Ce protocole de coopération a été spécifiquement autorisé par un arrêté des ministres de la Santé et de la sécurité sociale. Il peut être consulté à l'adresse

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissementde-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante>

Dans le cadre de cette prise en charge le pharmacien ou l'infirmier pourra réaliser en lien avec un Médecin les actes et activités suivants :

- Interrogatoire et évaluation clinique
- Réalisation et interprétation d'une bandelette urinaire
- Si nécessaire, prescription de l'antibiotique adapté sur une ordonnance préétablie.
- Prescription d'un ECBU en cas d'allergie aux antibiotiques prévus par le protocole

Il contactera si besoin un médecin disponible dans le cadre de la structure d'exercice coordonné ou de la CPTS pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En approuvant ou en signant ce document vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Vous donnez également votre consentement au pharmacien ou à l'infirmier pour consulter votre dossier médical établi par votre médecin, s'il en a la possibilité. Ce consentement sera consigné dans le dossier établi par le pharmacien ou l'infirmier Il vous sera bien entendu possible de revenir à tout moment sur ce consentement. Si vous refusez, cela ne modifiera pas vos relations avec votre médecin. Celui-ci sera informé par messagerie sécurisée de santé de la prise en charge réalisée.

Accord de la patiente : ♦ oui

Signature de la patiente ou de son représentant légal :

- Nom et adresse du médecin traitant de la patiente :
- Nom de la personne qui a informé la patiente et recueilli son consentement : -

Qualité :

- Signature :

Étape 1 : Vérification des critères d'inclusion par le délégué

Femme entre 16 et 65 ans

- Consultant pour dysurie (mictions difficiles) /brûlures mictionnelles/pollakiurie (émission fréquente d'urines en petite quantité) +/- mictions impérieuses.
- D'apparition récente

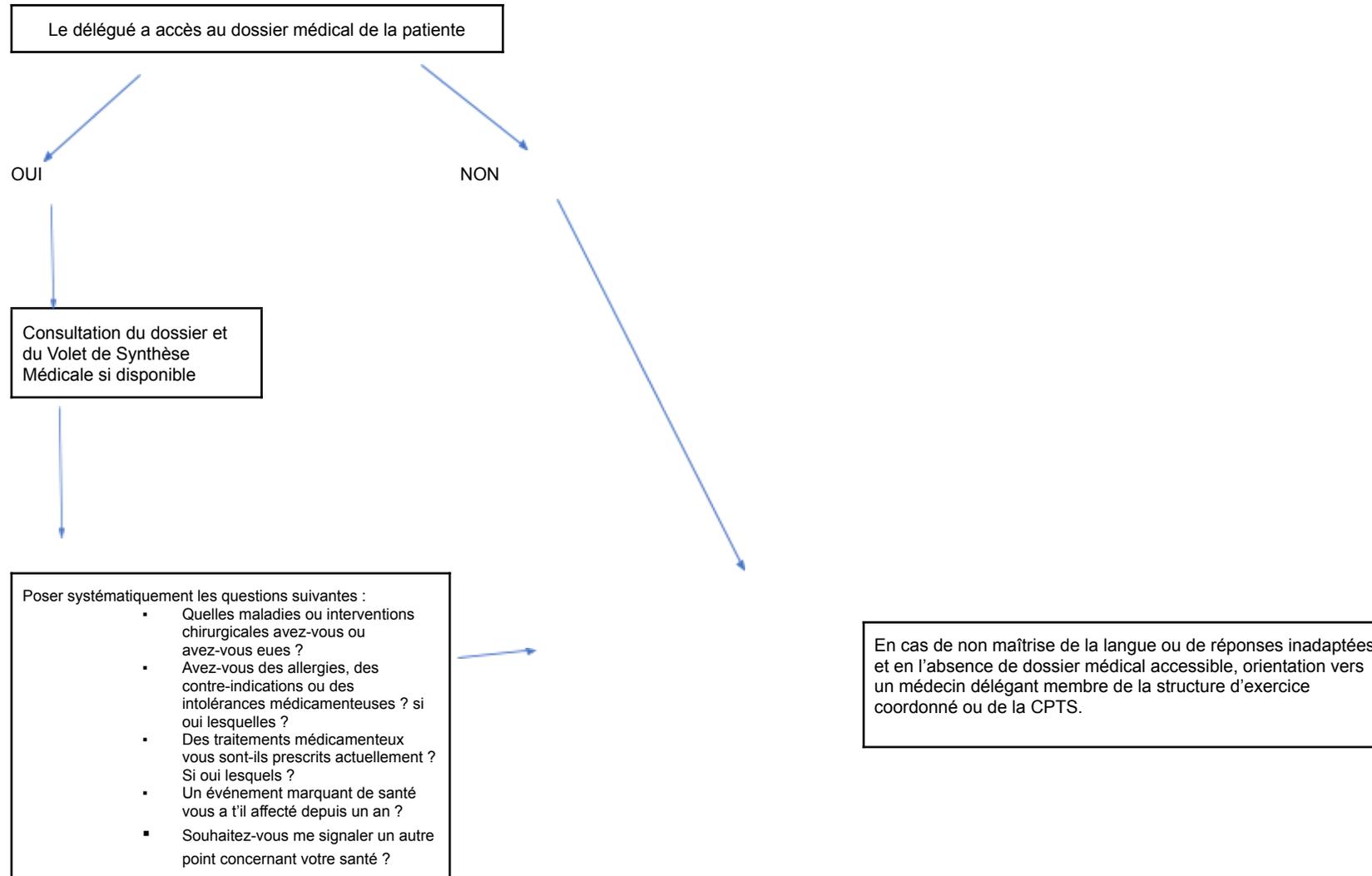
Étape 2 : Interrogatoire à la recherche des critères d'exclusion au protocole

Critères d'exclusion requérant une consultation médicale en urgence	ou i	no n
Fièvre rapportée par la patiente (température supérieure à 38°C) ou hypothermie inférieure à 36°) ou frissons		
Autres symptômes évoquant une pyélonéphrite : douleur d'une des fosses lombaires ou au niveau des flancs/vomissements/diarrhée/Douleurs abdominales		
Autres critères d'exclusion repérables à l'interrogatoire		
Sexe masculin		
Recueil insuffisant des informations médicales : non maîtrise de la langue française, réponse inadaptée en l'absence de dossier médical disponible		
Refus de la patiente ou de son représentant légal de participer au protocole		
Age inférieur à 16 ans ou supérieur à 65 ans		
Grossesse avérée ou non exclue		
Signe d'appels gynécologiques rapportés par la patiente : leucorrhée/prurit vaginal		
Cystite à répétition : supérieur ou égal à 3 épisodes dans les 12 derniers mois.		

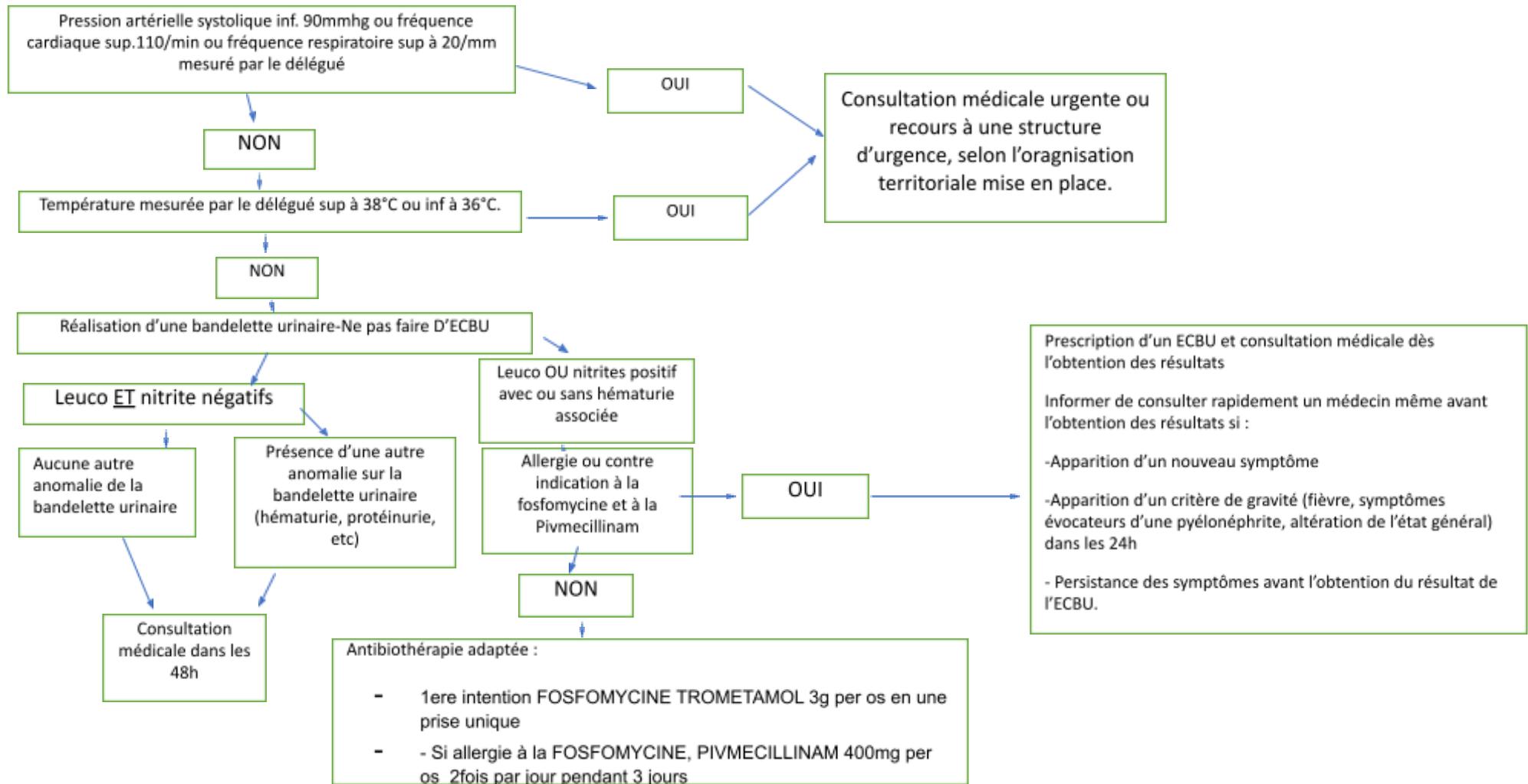
Épisode de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours		
Anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire (uropathie, résidu vésical, lithiase, tumeur, geste chirurgical, endoscopique ou sondage...)		
Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie)		
Port d'un cathéter veineux implanté		
Prise de fluoroquinolones dans les 3 mois précédents (risque de sélection de germes résistants)		
Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie		
Notion d'insuffisance rénale chronique sévère : débit de filtration glomérulaire (DFG inférieur à 60 ml/min/1.73m <sup>2</sup> selon CKD-EPI		
Doute du délégué		

En présence d'un critère d'urgence, orientation vers un médecin pour une consultation médicale urgente, ou recours à une structure d'urgence, selon l'organisation territoriale mise en place.  
En présence d'un autre critère d'exclusion, orientation vers le médecin délégant pour une consultation médicale dans les 48h.

Étape 3 : Prise de connaissance et recueil des informations de santé significatives



#### Étape 4 : Évaluation clinique de la patiente et prescriptions



### Informations importantes à communiquer à la patiente

1) Consulter rapidement un médecin si : Apparition d'un nouveau symptôme

- Apparition d'un critère de gravité (fièvre, symptômes évocateurs d'une pyélonéphrite, altération de l'état général) dans les 24h
- Persistance des symptômes malgré le traitement à 48h
- Présence de sang dans les urines après traitement
- Apparition de tout signe d'intolérance ou d'allergie au traitement.

2) Remise et explication de la fiche conseils pratiques pour éviter les infections urinaires et leurs récurrences en annexe.

3) Prendre rendez-vous systématiquement et rapidement avec un médecin en cas d'hématurie macroscopique, même si l'épisode de cystite est résolu.

## Annexe 2 : questionnaire pour le recueil de satisfaction des professionnels

### Enquête de satisfaction délégant

Vous avez adhéré au protocole de coopération « pollakiurie et brûlures mictionnelles ». Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération. Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes.

Date :

1- La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) vous satisfait-elle ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

2- Selon vous, ce protocole de coopération permet-il une prise en charge appropriée des patients ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

3- Dans le cadre de ce protocole, avez-vous été sollicité par les délégués

Très rarement  Rarement  Fréquemment  Très fréquemment

4- Êtes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :

### Enquête de satisfaction délégué

Vous avez adhéré au protocole de coopération « pollakiurie et brûlures mictionnelles ». Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération. Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes :

Date :

1- Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

2- La qualité des échanges entre vous et les délégants vous satisfait-elle ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

3- Pensez-vous que le protocole de coopération permet une meilleure prise en charge des patients ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

4- Ressentez-vous une valorisation de votre pratique professionnelle ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Insatisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques

---

## « PRÉVENIR LES INFECTIONS URINAIRES BASSES OU CYSTITES

Voici quelques conseils pratiques pour éviter les **infections urinaires** et leurs [récidives](#).

### Les boissons et l'alimentation

Buvez beaucoup d'eau et de liquides non alcoolisés (volume au moins égal à 1,5 litre par jour) car le flux urinaire diminue la charge bactérienne de la vessie.

Luttez contre la [constipation](#).

### Aux toilettes

Urinez dès que vous en ressentez le besoin : ne vous retenez pas.

Lorsque vous urinez, faites le complètement afin d'éviter qu'il persiste un résidu d'urine dans votre vessie, propice à la multiplication d'éventuelles bactéries dans la vessie et donc à la cystite.

Essayez-vous d'avant en arrière après être allé aux toilettes car, si l'urine est stérile, les selles contiennent de nombreux germes.

### La toilette intime et la vie sexuelle

Lors de votre [toilette intime](#), ne prenez pas de douches vaginales.

N'utilisez pas de produits d'hygiène intime parfumés, ni de bains moussants.

Portez des sous-vêtements en coton et évitez les pantalons moulants.

Si l'infection survient après les rapports sexuels, urinez tout de suite après chaque rapport et évitez l'usage des spermicides.

**En cas de cystites récidivantes** Des [mesures complémentaires](#) à celles citées ci-dessus peuvent être utiles si vous avez des **cystites à répétition ou cystites récidivantes** (au moins 4 infections urinaires au cours des 12 derniers mois).



Ordonnance Type :

Identification du médecin RPPS :

Identification du délégué RPPS ou ADELI :

Nom :

Prenom :

Âge de la patiente :

Poids :

Taille :

Date :

FOSFOMYCINE TROMETANOL 3 gr par voie orale en prise unique.

Signature du délégué :

Ordonnance Type :

Identification du médecin RPPS :

Identification du délégué RPPS ou ADELI :

Nom :

Prenom :

Âge de la patiente :

Poids :

Taille :

Date :

Pivmecillinam 400mg deux fois par jour pendant 3 jours

Signature du délégué :

Ordonnance Type :

Identification du médecin RPPS :

Identification du délégué RPPS ou ADELI :

Nom :

Prénom :

Âge de la patiente :

Poids :

Taille :

Date :

Faire pratiquer un examen cyto bactériologique des urines en laboratoire avec cultures et antibiogramme si germes supérieur à  $10^3$  UFC/ml et consulter le médecin avec les résultats.

Signature du délégué :