



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

Activité physique : exigences de cours de laboratoire

Cours de laboratoire

Automne: APA 3114 APA 3514

Hiver: APA 2314 APA 2714 APA 4315 APA 4715 APA 4160 APA 4560

Nom: _____ Prénom: _____

Numéro d'étudiant: _____ Année d'admission: 20 _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Date de naissance (aa/mm/jj): ____/____/____ Homme Femme

Hépatite B vaccination et sérologie (prise de sang)

Partie A :

1. Veuillez indiquer les dates des séries de vaccination.

1^{ère} injection (aa/mm/jj) : ____/____/____ 2^e injection (aa/mm/jj) : ____/____/____ 3^e injection (aa/mm/jj) : ____/____/____

2. Veuillez indiquer la date et le résultat des tests d'anticorps de surface de l'hépatite B (**anti-HBs**) ET d'antigène de surface (**Ag HBs**). (obligatoire)

Titre d'anti-HBs : Date (aa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : _____ UI/l (**Veillez joindre le rapport de laboratoire.**)

Ag HBs : Date (aa/mm/jj) : ____/____/____ négatif positif (**Veillez joindre le rapport de laboratoire.**)

3. Directives :

Si votre **titre d'anti-HBs est ≥ 10 UI/l** et votre **Ag HBs est négatif**, vous êtes immunisé. Aucune autre mesure n'est requise.

Si votre **titre d'anti-HBs est < 10 UI/l** et votre **Ag HBs est négatif**, vous êtes non immunisé. Continuez à la partie B.

Si votre **titre d'anti-HBs est < 10 UI/l** et votre **Ag HBs est positif**, vous devez consulter un professionnel de la santé et remplir le formulaire « Suivi - AgHBs positif ».*

Partie B : Vous êtes déclaré non immunisé (anti-HBs < 10 UI/l et Ag HBs négatif)

Vous devez recevoir un **vaccin de rappel**. Veuillez en indiquer la date. (aa/mm/jj) : ____/____/____

Veuillez indiquer la date et le résultat du test du **titre d'anti-HBs** (anticorps de surface de l'hépatite B). (**Veillez joindre le rapport de laboratoire.**)

ATTENTION : Vous devez attendre au moins 30 jours entre l'administration du vaccin de rappel et l'analyse de sang.

Titre d'anti-HBs : Date (aa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : _____ UI/l. Si ≥ 10 UI/l, vous êtes immunisé. Aucune autre mesure n'est requise.

Si < 10 UI/l, vous devez remplir et soumettre le formulaire « Deuxième série vaccination contre l'hépatite B et suivi sérologique ».*

*Les [formulaires](http://www.uottawa.ca/services/sesst/Formes.html) sont disponibles sur notre site Web <http://www.uottawa.ca/services/sesst/Formes.html>

Signature du professionnel de la santé

Nom: _____

Signature: _____

Titre: _____

Date (aa/mm/jj): ____/____/____

Étampe: _____

Autorisation de l'étudiant pour divulguer des renseignements :

Je comprends qu'il est de ma responsabilité de déclarer au personnel autorisé toute maladie contagieuse, tout besoin particulier ou tout état pathologique pouvant présenter un risque pour ma santé ou celle des autres au cours de mes stages cliniques. Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire seront conservés par l'Équipe de la gestion du risque, stage clinique pour l'utilisation dans les milieux cliniques. En l'occurrence et pour toute la durée du programme, j'autorise la transmission de mon *Dossier des exigences de stage clinique* : a) au milieu clinique d'exposition professionnelle; b) au milieu clinique ou à l'établissement de santé où je reçois des traitements médicaux; c) au milieu clinique où je poursuis ma formation pratique.

Je sais que si j'ai des antécédents dignes de mention dans les dossiers de la police, le rapport de vérification ou la déclaration pour le service auprès du secteur vulnérable et tous les documents connexes seront transmis à la personne responsable à la Faculté ou à l'École, aux fins d'examen.

Signature : _____ Date (aa/mm/jj) : ____/____/____

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'infirmière responsable de votre programme. <http://www.uottawa.ca/services/sesst/GRSC.html>