



## Deuxième série de vaccination contre l'hépatite B et suivi sérologique (test sanguin)

Programme				
<b>Médecine</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1er cycle <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales stage au choix <input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine <input type="checkbox"/> Canadien étudiant à l'étranger	<b>Sciences infirmières</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bacc. Général (sélectionner campus): <input type="checkbox"/> Ottawa <input type="checkbox"/> Woodroffe <input type="checkbox"/> Pembroke <input type="checkbox"/> Infirmiers(ères) autorisés <input type="checkbox"/> Préalables universitaires <input type="checkbox"/> Passerelle <input type="checkbox"/> M.Sc.(Sc. Inf)/SSPIIP	<b>Activité physique</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1er cycle <input type="checkbox"/> Études supérieures	<b>Nutrition</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1er cycle	<b>Réadaptation</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Études auditives verbales
Nom: _____ Prénom: _____ Numéro d'étudiant: _____ Année d'admission: 20 _____ Courriel: _____ Date de naissance (aa/mm/jj): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme				
Informations initiales				
<b>Dates de vaccin primaire:</b> <input type="checkbox"/> Aucune documentation Dose 1(aa/mm/jj)____/____/____ Dose 2(aa/mm/jj)____/____/____ Dose 3(si reçu)____/____/____ <b>Sérologie :</b> Date d'anticorps de surface négatif d'hépatite B : (aa/mm/dd)____/____/____ Date d'antigène de surface négatif d'hépatite B : (aa/mm/dd)____/____/____				
SUIVI				
<i>Réservé au fournisseur de soins de santé</i>				
<b>La personne est considérée non immunisée (&lt; 10 IU/l) et Ag HBs négatif.</b>  Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. Date de la <b>première injection de rappel</b> (aa/mm/jj) : ____/____/____ Date et résultat du test sanguin d'anticorps de surface de l'hépatite B (anti-HBs) ( <b>veuillez joindre le rapport de laboratoire</b> ). <b>IL FAUT ATTENDRE AU MOINS 30 JOURS ENTRE LA PREMIÈRE INJECTION DE RAPPEL ET LE TEST SANGUIN.</b> Anti-HBs : Date (aa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : _____IU/ml Si $\geq 10$ IU/l, aucune autre mesure n'est requise. Si < 10 IU/l, <b>administrez la deuxième et la troisième injections de rappel.</b> Date de la <b>deuxième injection de rappel</b> (aa/mm/jj) : ____/____/____ Administrer <b>un mois (au moins 28 JOURS)</b> après la première injection de rappel. Date de la <b>troisième injection de rappel</b> (aa/mm/jj) : ____/____/____ Administrer <b>cinq mois</b> après la deuxième injection de rappel.  Veuillez fournir la date et le résultat du <b>test sanguin</b> d'anti-HBs ( <b>veuillez joindre le rapport de laboratoire</b> ). <b>IL FAUT ATTENDRE AU MOINS 30 JOURS ENTRE LA SÉRIE DE VACCINS DE RAPPEL ET LE TEST SANGUIN.</b> Anti-HBs : Date (aa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : _____IU/ml Si $\geq 10$ IU/l, aucune autre mesure n'est requise Si < 10 IU/l, <b>aucun autre vaccin de rappel n'est requis</b>				



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

**RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ**

Nom: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Titre: \_\_\_\_\_

Date (aa/mm/jj): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Étampe:

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'infirmière responsable de votre programme.**

<http://www.uottawa.ca/services/sesst/GRSC.html>