



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

## SUIVI POUR ANTIGENE DE SURFACE (HBsAg) POSITIF DU VIRUS D'HEPATITE B

Nous avons reçu le résultat de votre dernier test sérologique d'hépatite C. Le Dr \_\_\_\_\_ du Service de santé de l'Université d'Ottawa voudrait en discuter avec vous. Veuillez prendre un rendez-vous au 613-564-3950 et demander au médecin de remplir le présent formulaire.

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <b>Programme</b>   |  |  |   |   |
| <b>Médecine</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1er cycle<br><input type="checkbox"/> Études postdoctorales<br><input type="checkbox"/> Études postdoctorales stage au choix<br><input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine<br><input type="checkbox"/> Canadien étudiant à l'étranger | <b>Sciences infirmières</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Bacc. Général<br>(sélectionner campus):<br><input type="checkbox"/> Ottawa<br><input type="checkbox"/> Woodroffe<br><input type="checkbox"/> Pembroke<br><input type="checkbox"/> Infirmiers(ères) autorisés<br><input type="checkbox"/> Préalables universitaires<br><input type="checkbox"/> Passerelle<br><input type="checkbox"/> M.Sc.(Sc. Inf)/SSPIIP | <b>Activité physique</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1er cycle<br><input type="checkbox"/> Études supérieures | <b>Nutrition</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1er cycle | <b>Réadaptation</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Audiologie<br><input type="checkbox"/> Ergothérapie<br><input type="checkbox"/> Physiothérapie<br><input type="checkbox"/> Orthophonie<br><input type="checkbox"/> Études auditives verbales |
| Nom: _____ Prénom: _____<br>Numéro d'étudiant: _____ Année d'admission: 20 _____<br>Courriel: _____<br>Date de naissance (aa/mm/jj): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme  |  |  |   |   |
| <b>SUIVI</b><br><i>Réservé au fournisseur de soins de santé</i>  |  |  |   |   |
| <b>HBsAg positif :</b><br>Restriction pour les stages cliniques ou l'exercice de la profession : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Si oui, veuillez les décrire :<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____   |  |  |   |   |
| <b>RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ</b>   |  |  |   |   |
| Nom: _____<br>Signature: _____<br>Titre: _____<br>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>