



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

Test cutané à la tuberculine Épreuve en une étape

Programme				
Médecine <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	Sciences infirmières <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	Activité physique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1er cycle <input type="checkbox"/> Études supérieures	Nutrition <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle	Réadaptation <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				
Test cutané à la tuberculine				
Étape 1: Date de l'injection (aa/mm/jj): ____/____/____		Heure: ____:____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		
Le résultat doit être lu dans les 48 à 72 heures suivant l'injection. Date de lecture (aa/mm/jj): ____/____/____		Heure: ____:____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Résultat: ____mm		
Si l'induration est ≥ 10mm, une radiographie pulmonaire est requise:				
Date du rayon X (aa/mm/jj): ____/____/____		Résultat: _____ (Attachez le rapport)		
Signature du professionnel de la 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>