



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

## Auto-déclaration de signes et symptômes de la tuberculose

Si vous avez eu un test cutané positif à la tuberculine, vous ne devez pas refaire ce test. Cependant vous devez soumettre à chaque année le formulaire *Auto-déclaration de signes et symptômes de la tuberculose*.

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"/> 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				

Voici une liste des signes et symptômes possibles de la tuberculose. Veuillez cocher ci-dessous si vous ressentez ou avez ressenti récemment un des symptômes suivants :

<input type="checkbox"/> fièvre	<input type="checkbox"/> mauvaise toux qui dure plus de deux semaines
<input type="checkbox"/> frissons	<input type="checkbox"/> toux accompagnée de sang ou d'expectorations
<input type="checkbox"/> sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/> essoufflement
<input type="checkbox"/> symptômes semblables à ceux de la grippe	<input type="checkbox"/> difficulté à respirer
<input type="checkbox"/> perte de poids inexpliquée	<input type="checkbox"/> douleur à la poitrine
<input type="checkbox"/> <b>J'ATTESTE QUE JE NE RESSENS AUCUN DES SIGNES OU DES SYMPTÔMES CI-DESSUS</b>	

Si vous ressentez un des signes et symptômes, vous devez consulter un professionnel de la santé et aviser **immédiatement** l'Équipe de la gestion du risque, stage clinique.

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>