



uOttawa

Student Placement Risk Management

## Auto-déclaration de non-répondant au vaccin contre l'hépatite B

<b>Programme</b>				
<b>Médecine</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales, stage au choix <input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine <input type="checkbox"/> Étudiant canadien à l'étranger	<b>Sciences infirmières</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Programme général (sélectionner le campus) : <input type="checkbox"/> Ottawa <input type="checkbox"/> Woodroffe <input type="checkbox"/> Pembroke <input type="checkbox"/> Passerelle <input type="checkbox"/> Préalables universitaires <input type="checkbox"/> Programme d'études supérieures (M.Sc.Inf.) <input type="checkbox"/> Diplôme en SSPIIP	<b>Réadaptation</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie	<b>Éducation</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Maîtrise en éducation en psychologie du conseil	<b>Sciences Sociales</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psychologie clinique <input type="checkbox"/> Service social
		<b>Nutrition</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sciences</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Technologie médicale en ophtalmologie	<b>Activité physique</b> <input type="checkbox"/>
<b>Nom de famille :</b> _____		<b>Prénom :</b> _____		
<b>Numéro d'étudiant :</b> _____		<b>Année d'admission :</b> _____		
<b>Courriel :</b> _____		<b>Téléphone :</b> _____		
<b>Date de naissance (aa/mm/jj) :</b> ____/____/____		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-Binaire		
<p>Cette section s'applique uniquement aux étudiants qui ont fourni la documentation attestant qu'ils ont reçu deux séries complètes de vaccination contre l'hépatite B et que la sérologie post-immunisation n'a pas démontré d'immunité (c'est-à-dire que l'anticorps anti-HBs reste inférieur à 10 UI/L).</p> <p>Pour un étudiant de cette catégorie, il est important de s'assurer (1) que chaque série d'immunisation a été documentée, que toutes les doses ont été fournies et que l'espacement minimal entre les doses a été respecté; et (2) que la sérologie post-immunisation a été effectuée entre 28 jours et six mois après la dernière dose de la série pour être considérée comme fiable. Pour les étudiants de cette catégorie, aucune autre vaccination contre l'hépatite B ou test sérologique n'est requis avant l'exposition.</p> <p>J'accepte ce qui suit en apposant ma signature ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je reconnais qu'il n'existe aucune preuve laboratoire de mon immunité à l'hépatite B.</li> <li>• Je reconnais que dans l'éventualité d'une exposition possible à l'hépatite B (p. ex., blessure percutanée, morsure humaine ou projection sur une muqueuse), je dois signaler la blessure à mon superviseur dès que possible après l'incident car je peux avoir besoin d'une immunisation passive à l'immunoglobuline anti-hépatite B (l'efficacité diminue significativement si elle est administrée plus de 48 heures après l'exposition).</li> </ul> <p><b>Signature:</b> _____</p> <p><b>Date (aa/mm/jj):</b> ____/____/____</p>				

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par courriel à votre conseillère de la gestion du risque de l'université d'Ottawa.