



uOttawa

Student Placement Risk Management

Auto-déclaration de signes et symptômes de la tuberculose

Si vous avez déjà reçu un test cutané à la tuberculine (TCT) positif, évitez de répéter un autre test. Cependant, une preuve de votre test positif et le rapport de radiographie pulmonaire doivent être soumis. De plus, le formulaire Auto-déclaration de signes et symptômes de la tuberculose doit être rempli et soumis à chaque année au lieu de votre exigence annuelle de TCT.

Programme					
Médecine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} 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	Sciences infirmières <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	Réadaptation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie	Éducation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle <input type="checkbox"/> Maîtrise en éducation en psychologie du conseil	Sciences Sociales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psychologie clinique <input type="checkbox"/> Service social	
		Nutrition <input type="checkbox"/>	Sciences <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Technologie médicale en ophtalmologie	Activité physique <input type="checkbox"/>	
Nom de famille : _____		Prénom : _____			
Numéro d'étudiant : _____		Année d'admission : _____			
Courriel : _____		Téléphone : _____			
Date de naissance (aa/mm/jj) : ____/____/____		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-Binaire			

Veillez cocher les cases applicables ci-dessous si vous présentez actuellement l'un des signes et symptômes suivants de la tuberculose :

<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 inexplicable	<input type="checkbox"/> douleur à la poitrine
<input type="checkbox"/> J'ATTESTE QUE JE NE RESSENS AUCUN DES SIGNES OU DES SYMPTÔMES CI-DESSUS	

Si vous développez l'un des signes et symptômes ci-dessus, vous devez consulter votre professionnel de la santé et aviser **IMMÉDIATEMENT** votre conseillère de la gestion du risque en placement clinique !

Signature : _____

Date (aa/mm/jj) : ____/____/____

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