



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

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 de 1 ^{er} cycle, stage au choix (sélectionner le volet) : <input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine <input type="checkbox"/> Étudiant canadien à l'étranger <input type="checkbox"/> Étudiant international	Médecine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales, stage au choix	Pharmacie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle
Nom de famille : _____		Prénom : _____
Numéro d'étudiant : _____		Année d'admission : _____
Courriel : _____		Téléphone : _____
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : ____/____/____		

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

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

Signature : _____

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

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