



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

Deuxième série de vaccination contre l'hépatite B et suivi sérologique

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) : ____/____/____		
Documentation Primaire		
Dates de vaccin primaire : <input type="checkbox"/> Aucune documentation Dose 1 (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Dose 2 (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Si reçu, Dose 3 (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Sérologie (test sanguin) : Date d'anticorps de surface négatif d'hépatite B (Anti-HBs) : (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Date d'antigène de surface négatif d'hépatite B (AgHBs) : (aaaa/mm/jj) : ____/____/____		
SUIVI <i>Réservé au fournisseur de soins de santé</i>		
Si vous êtes considéré comme non immunisé (< 10 IU/l) et l'AgHBs est négatif, veuillez fournir les renseignements suivants : Date de la première injection de rappel : (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Date et résultat du test sanguin Anti-HBs (veuillez joindre le rapport de laboratoire). Il faut attendre au moins 30 JOURS entre la première injection de rappel et le test sanguin. Anti-HBs : Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : ____ IU/ml Si ≥ 10IU/l , aucune autre mesure n'est requise.		
Si < 10IU/l , administrer la 2 ^{ème} et la 3 ^{ème} injection de rappel : Date de la deuxième injection de rappel (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Administrer un mois après la première injection de rappel (au moins 28 JOURS). Date de la troisième injection de rappel (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Administrer CINQ MOIS après la deuxième injection de rappel. Veuillez fournir la date et le résultat du test sanguin d'anti-HBs (veuillez joindre le rapport de laboratoire). Il faut attendre au moins 30 JOURS entre la série de vaccins de rappel et le test sanguin. Anti-HBs : Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : ____ IU/ml Si ≥ 10IU/l , aucune autre mesure n'est requise. Si < 10IU/l , aucun autre vaccin de rappel n'est requis.		
Signature du professionnel de la santé		
Nom : _____ Signature : _____ Titre : _____ Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____	Étampe : _____	

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