



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

## Test cutané à la tuberculine : Épreuve en une étape

Programme		
<b>Médecine</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> 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	<b>Médecine</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales, stage au choix	<b>Pharmacie</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 <sup>er</sup> cycle
Nom de famille : _____ Prénom : _____		
Numéro d'étudiant : _____ Année d'admission : _____		
Courriel : _____ Téléphone : _____		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : ____/____/____		
Test cutané à la tuberculine		
<b>Étape 1 :</b> Date de l'injection (aaaa/mm/jj) : ____/____/____	Heure : ____:____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
<b>Le résultat doit être lu dans les 48 à 72 heures suivant l'injection.</b> Date de lecture (aaaa/mm/jj) : ____/____/____	Heure : ____:____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Résultat : ____ mm d'induration	
Si l'induration est $\geq 10$ mm, une radiographie pulmonaire est requise :		
Date du rayon X (aaaa/mm/jj) : ____/____/____	Résultat : _____ ( <i>Attachez le rapport</i> )	
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.