



uOttawa

Student Placement Risk Management

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 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) : ____/____/____ Homme Femme Non-Binaire

Documentation Primaire

Dates de vaccin primaire : Aucune documentation

Dose 1 (aa/mm/jj) : ____/____/____ Dose 2 (aa/mm/jj) : ____/____/____ Si reçu, Dose 3 (aa/mm/jj) : ____/____/____

Sérologie (test sanguin) :

Date d'anticorps de surface négatif d'hépatite B : (aa/mm/jj) : ____/____/____

Date d'antigène de surface négatif d'hépatite B : (aa/mm/jj) : ____/____/____

SUIVI

Réservé au fournisseur de soins de santé

La personne est considérée non immunisée (< 10 IU/l) et Ag HBs négatif.

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Date de la **première injection de rappel** (aa/mm/jj) : ____/____/____

Date et résultat du test sanguin d'anticorps de surface de l'hépatite B (anti-HBs) : **Veillez 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 (aa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : ____ IU/ml Si ≥ 10 IU/l, aucune autre mesure n'est requise.
Si < 10 IU/l, administrer la 2^{ème} et la 3^{ème} injection de rappel.

Date de la **deuxième injection de rappel** (aa/mm/jj) : ____/____/____

Administrer **un mois** après la première injection de rappel (**au moins 28 JOURS**).

Date de la **troisième injection de rappel** (aa/mm/jj) : ____/____/____

Administrer **cinq mois** après la deuxième injection de rappel.

*Suite p.2



uOttawa

Student Placement Risk Management

Veillez 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 (aa/mm/jj) : ____/____/____ Résultat : ____ IU/ml Si ≥ 10 IU/l, aucune autre mesure n'est requise.
Si < 10 IU/l, aucun autre vaccin de rappel n'est requis.

Signature du professionnel de la santé

Nom : _____

Signature : _____

Titre : _____

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

Étampe :

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