



uOttawa

Student Placement Risk Management

Test cutané à la tuberculine Épreuve en une étape

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				
Test cutané à la tuberculine				
Étape 1 : Date de l'injection (aa/mm/jj) : ____/____/____		Heure : ____:____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		
<i>Le résultat doit être lu dans les 48 à 72 heures suivant l'injection.</i> Date de lecture (aa/mm/jj) : ____/____/____ s		Heure : ____:____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Résultat : ____ mm d'induration		
Si l'induration est ≥10mm, une radiographie pulmonaire est requise :				
Date du rayon X (aa/mm/jj) : ____/____/____		Résultat : _____ (Attachez le rapport)		
Signature du professionnel de la sante				
Nom : _____ Signature : _____ Titre : _____ Date (aa/mm/jj) : ____/____/____		Étampe : _____		

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