

SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : EXIGENCES DE COURS DE LABORATOIRE

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		Téléphone :	
Courriel :		Année d'admission :	Numéro étudiant :

Cours de laboratoire	Automne :		Hiver :	
	<input type="checkbox"/> APA 3114	<input type="checkbox"/> APA 3514	<input type="checkbox"/> APA 2314 <input type="checkbox"/> APA 4160 <input type="checkbox"/> APA 4315	<input type="checkbox"/> APA 2714 <input type="checkbox"/> APA 4560 <input type="checkbox"/> APA 4715

Exigences relatives à la vaccination contre l'hépatite B et à la sérologie (analyse sanguine) de l'hépatite B			
Partie A			
Veuillez inscrire les dates de la série vaccinale			
Dose 1 (aaaa/mm/jj) :	Dose 2 (aaaa/mm/jj) :	Dose 3 (aaaa/mm/jj) :	
Veuillez inscrire la date et le résultat des tests de dépistage des anticorps de surface de l'hépatite B (anti-HBs) ET des antigènes de surface de l'hépatite B (HBsAg) (joindre les rapports de laboratoire).			
Anti-HBs	Date (aaaa/mm/jj) :	HBsAg	Date (aaaa/mm/jj) :
	Résultat : _____ UI/L		<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif
Si vos anticorps anti-HBs sont ≥ 10 UI/L et que votre résultat HBsAg est négatif , vous êtes immunisé-e. Aucune autre mesure n'est requise. Si vos anticorps anti-HBs sont < 10 UI/L et que votre résultat HBsAg est négatif , vous n'êtes pas immunisé-e. Passez à la partie B. Si vos anticorps anti-HBs sont < 10 UI/L et que votre résultat HBsAg est positif , consultez une professionnelle ou un professionnel de la santé, et remplissez le formulaire Suivi pour antigène de surface (HBsAg) positif du virus d'hépatite B .			
Partie B			
Si la personne est considérée non immunisée, elle doit recevoir une dose de rappel et subir un suivi sérologique des anticorps anti-HBs.			
Date de la dose de rappel (aaaa/mm/jj) :			
Effectuer le dépistage d'anticorps de surface de l'hépatite B au plus tôt 30 jours après la vaccination (joindre le rapport de laboratoire).			
Anti-HBs	Date (aaaa/mm/jj) :		
	Résultat : _____ UI/L		
Si vos anticorps anti-HBs sont ≥ 10 UI/L, vous êtes immunisé-e. Aucune autre mesure n'est requise. Si vos anticorps anti-HBs sont < 10 UI/L, remplissez et soumettez le formulaire Deuxième série de vaccination contre l'hépatite B et suivi sérologique .			

Signature de la professionnelle/du professionnel de la santé témoin		
Nom :	Initiales :	Sceau de la clinique médicale :
Adresse :		
Tél. :	Profession :	
Signature :	Date :	

Veillez transmettre ce formulaire par courriel à votre conseillère ou conseiller en gestion des exigences de stage et de l'apprentissage expérientiel à la Faculté des sciences de la santé.