Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
Gestion des exigences de stage et de l'apprentissage expérientiel

uOttawa

AUTODÉCLARATION DE NON-RÉPONDANTE OU NON-RÉPONDANT AU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

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

Programme	**Sciences infirmières**	**Sciences de la réadaptation**	**Sciences des aliments et de la nutrition**	**Sciences de l'activité physique**
	❑ Programme général (sélectionner un campus) : ❑ Ottawa ❑ Woodroffe ❑ Pembroke ❑ Passerelle ❑ Préalables universitaires ❑ Études supérieures (M.Sc.Inf.) ❑ Diplôme en SSPIIP	❑ Audiologie ❑ Orthophonie ❑ Ergothérapie ❑ Physiothérapie	❑	❑

Cette section s'applique uniquement aux membres de la population étudiante qui ont fourni la documentation attestant qu'ils ont reçu deux séries complètes de vaccination contre l'hépatite B et que la sérologie post-immunisation n'a pas démontré d'immunité (c'est-à-dire que l'anticorps anti-HBs reste inférieur à 10 UI/L).

Si vous correspondez à cette catégorie, il est important de vous assurer : 1) que chaque série de vaccination a été documentée, que toutes les doses ont été fournies et que l'intervalle minimal entre les doses a été respecté; et 2) que la sérologie postimmunisation a été effectuée entre 28 jours et six mois après la dernière dose de la série pour que votre déclaration soit considérée comme fiable. En général, pour les personnes de cette catégorie, aucune autre vaccination contre l'hépatite B ou aucun test sérologique n'est requis avant l'exposition.

J'accepte ce qui suit en apposant ma signature ci-dessous :

- ✓ Je reconnais qu'il n'existe aucune preuve laboratoire de mon immunité à l'hépatite B.
- ✓ Je reconnais que dans l'éventualité d'une exposition possible à l'hépatite B (p. ex. blessure percutanée ou projection sur une muqueuse), je pourrais avoir besoin d'une immunisation passive à l'immunoglobuline anti-hépatite B.

Signature :	**Date** (aaaa/mm/jj) :

Veuillez 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.