

## AUTODÉCLARATION DE SIGNES ET SYMPTÔMES DE LA TUBERCULOSE

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
	<input type="checkbox"/> Programme général (sélectionner un 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"/> Études supérieures (M.Sc.Inf.) <input type="checkbox"/> Diplôme en SSPIIP	<input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez déjà reçu un résultat positif au test cutané à la tuberculine (TCT), vous ne devriez **pas** subir un autre test. Cependant, vous devez soumettre une preuve de votre test positif et le rapport de radiographie pulmonaire. De plus, vous devez remplir et soumettre le formulaire *Autodéclaration de signes et symptômes de la tuberculose* chaque année au lieu de votre exigence annuelle de TCT.

<b>Veillez cocher toutes les cases correspondant aux signes et symptômes de tuberculose que vous pourriez présenter :</b>	
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes <input type="checkbox"/> Symptômes pseudo-grippaux <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicquée	<input type="checkbox"/> Toux persistante (plus de deux semaines) <input type="checkbox"/> Toux avec expectorations (crachats) contenant du sang <input type="checkbox"/> Essoufflement (dyspnée) <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleur thoracique
<input type="checkbox"/> <b>J'ATTESTE QUE JE NE RESSENS AUCUN DES SIGNES OU SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS CI-DESSUS.</b>	

Si l'un des signes et symptômes énumérés ci-dessus se manifeste, veuillez consulter votre professionnelle ou professionnel de la santé, et aviser **IMMÉDIATEMENT** votre conseillère ou conseiller en gestion du risque des stages cliniques.

Signature : \_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**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.**