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

uOttawa

DEUXIÈME SÉRIE DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B ET SUIVI SÉROLOGIQUE

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	❑	❑

Documentation primaire		
Première série vaccinale :		
Dose 1 (aaaa/mm/jj) :	**Dose 2** (aaaa/mm/jj) :	**Dose 3** (aaaa/mm/jj) :
Sérologie (analyse sanguine) :		
Résultat négatif au dépistage d'anticorps de surface de l'hépatite B (aaaa/mm/jj) :	**Résultat négatif au dépistage d'antigènes de surface de l'hépatite B** (aaaa/mm/jj) :	

SUIVI

À remplir par la professionnelle ou le professionnel de la santé

Si le sujet est jugé non immunisé (< 10 UI/L) et que son résultat HBsAg est négatif	
Date de la première 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. Veuillez joindre le rapport de laboratoire.	
Anticorps anti-HBs	**Date** (aaaa/mm/jj) :
	Résultat : _____ UI/L
Si ≥ 10 UI/L, mettre fin au processus. **Si < 10 UI/L, compléter la série vaccinale (deuxième et troisième doses de rappel)**	
Date de la deuxième dose de rappel (aaaa/mm/jj) : **(Un mois après la première)**	
Date de la troisième dose de rappel (aaaa/mm/jj) : **(Cinq mois après la deuxième)**	
Répéter le dépistage d'anticorps de surface de l'hépatite B au plus tôt 30 jours après la troisième dose. Veuillez joindre le rapport de laboratoire.	
Anticorps anti-HBs	**Date** (aaaa/mm/jj) :
	Résultat : _____ UI/L
Si ≥ 10 UI/L, mettre fin au processus.	
Si < 10 UI/L, mettre fin à la vaccination. L'étudiante ou l'étudiant doit remplir le formulaire Autodéclaration de non-répondante ou non-répondant au vaccin contre l'hépatite B.	

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

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.