



TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) EN DEUX ÉTAPES

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		Téléphone :	
Courriel :		Année d'admission :	Numéro étudiant :
Programme	Sciences infirmières <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	Sciences de la réadaptation <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie	Sciences des aliments et de la nutrition <input type="checkbox"/>
	Sciences de l'activité physique <input type="checkbox"/>		
Test cutané à la tuberculine			
Étape 1 :			
Date d'administration (aaaa/mm/jj) :		Heure : _____ h _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
La lecture des résultats doit survenir dans les 48 à 72 heures suivant l'administration du test			
Date de lecture (aaaa/mm/jj) :		Heure : _____ h _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Résultats : _____ mm d'induration			
Étape 2 : Min. 7 jours après l'administration de l'étape 1. Max. de 28 jours (dans certains cas, il est acceptable d'attendre jusqu'à 12 mois).			
Date d'administration (aaaa/mm/jj) :		Heure : _____ h _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
La lecture des résultats doit survenir dans les 48 à 72 heures suivant l'administration du test			
Date de lecture (aaaa/mm/jj) :		Heure : _____ h _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Résultats : _____ mm d'induration			
Si l'induration \geq 10 mm, une radiographie pulmonaire est requise :			
Date de la radiographie (aaaa/mm/jj) :		Résultats : _____	
Joindre une copie du rapport de la radiographie			
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.