



uOttawa

Office of Risk Management

## CLINICAL PLACEMENT REQUIREMENTS RECORD

Dear Student,

Your chosen program of study includes clinical placements as an essential component of the program. In order to protect yourself and the patients you will be interacting with, you must complete all required immunizations before you begin the clinical placements. It is your responsibility to carefully review the following instructions and ensure that you comply with all requirements.

### 1. General Instructions

- Failure to submit a signed and duly completed Clinical Placement Requirements Record to the Office of Risk Management may result in late fees and/or cancellation from clinical courses/internships. The Clinical Placement Requirements Record is available from <http://www.uottawa.ca/services/ehss/CPRM-Immunization.html>
- Agencies have reserved the right to refuse access to students who do not meet their clinical placement requirements.
- The clinical placement requirements are not subject to accommodations for philosophical reasons and only a medical exemption can be accepted.
- Documents that will be accepted as proof of immunization include the provincial Immunization Record, documentation signed by your healthcare provider (nurse, nurse practitioner or physician), or laboratory evidence (report).

### 2. Required by all programs

#### Tetanus/Diphtheria

- Proof of a childhood immunization record or adult primary series (3 doses) is mandatory.
- Proof of a booster received within the last 10 years. The booster diphtheria, tetanus and acellular pertussis is recommended if it has never been received.
- Proof of tetanus/diphtheria serology (not available in Ontario) if records are unavailable.

#### Polio

- Proof of a childhood immunization record or adult primary series (3 doses) is mandatory.

#### Varicella:

- A laboratory evidence of immunity or a definite reported history is acceptable.
- Vaccination with two doses if there is no proof of immunity.

#### MMR

- Measles: proof of two vaccine doses (unless born before 1970) or laboratory evidence of immunity.
- Mumps: proof of two vaccine doses or laboratory evidence of immunity.
- Rubella: proof of one vaccine dose or laboratory evidence of immunity.

#### Hepatitis B

- Proof of vaccination and serology for Hepatitis B Surface Antibody is mandatory.
- Serology for Surface Antigen is mandatory in the absence of proof of vaccination.

#### Tuberculosis

- Proof of a baseline two-step Tuberculin Skin Test (TST) is mandatory in addition to a yearly one-step TST.
- Students with a history of positive TST must provide a chest x-ray report done within the past 6 months of admission. Future TST is not required but the *Tuberculosis Signs and Symptoms* form must be completed on an annual basis.
- TST is recommended 3 months post travel to any endemic area.
- An Interferon-gamma releases assay (IGRA), either QuantiFERON or T-SPOT-TB assay, performed within the year will be accepted instead of a PPD.



uOttawa

Office of Risk Management

3. **May be required by your program. To verify program-specific requirements** see web site:  
<http://www.uottawa.ca/services/ehss/CPRM.html>

**Influenza**

- Seasonal flu vaccine for the academic year.

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) level C**

- Mandatory on admission - see above web site for recertification frequency.

**Police Record Check** – a CPIC check and vulnerable sector check including amongst other things, a check for Pardoned Sexual Offences

- Mandatory on admission – see above web site for renewal frequency.

**Nursing licence to practice**

- Mandatory on admission – see above web site for renewal frequency.

If you have any questions contact the appropriate Clinical Placement Risk Management team member identified at:  
<http://www.uottawa.ca/services/ehss/CPRM.html>.



### CLINICAL PLACEMENT REQUIREMENTS RECORD

|   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| <b>Program</b>  |  |   |   |  |  |
| <b>Medicine <input type="checkbox"/></b><br><input type="checkbox"/> Undergraduate<br><input type="checkbox"/> Postgraduate<br><input type="checkbox"/> Visiting Medical Student (VMS)  | <b>Nursing <input type="checkbox"/></b><br><input type="checkbox"/> Generic<br><input type="checkbox"/> Ottawa<br><input type="checkbox"/> Woodroffe<br><input type="checkbox"/> Pembroke<br><input type="checkbox"/> Post-RN <input type="checkbox"/> 2nd Entry<br><input type="checkbox"/> MScN <input type="checkbox"/> MScN [NP] | <b>Human Kinetics <input type="checkbox"/></b><br><input type="checkbox"/> Undergraduate<br><input type="checkbox"/> Postgraduate | <b>Nutrition <input type="checkbox"/></b><br><input type="checkbox"/> Undergraduate | <b>Rehabilitation <input type="checkbox"/></b><br><input type="checkbox"/> Audiology<br><input type="checkbox"/> Occupational Therapy<br><input type="checkbox"/> Physiotherapy<br><input type="checkbox"/> Speech Therapy | <b>Other <input type="checkbox"/></b><br>Specify |
| <b>Name:</b> (Last) _____ (Given) _____<br><b>Student Number:</b> _____ <b>Health Card number:</b> _____ (place of issue) ____<br><b>Admission year:</b> _____ <b>Phone Number:</b> _____<br><b>DOB: (yy/mm/dd):</b> ___/___/___ <b>E-mail:</b> _____   |  |   |   |  |  |
| <b>Tetanus/Diphtheria:</b> Childhood primary series or adult primary series: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Record attached <input type="checkbox"/><br>OR Serology results- Date (yy/mm/dd): ___/___/___ Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Attached <input type="checkbox"/><br>Booster (within last 10 years): Vaccine: _____ Date (yy/mm/dd): ___/___/___ Record attached <input type="checkbox"/>   |  |   |   |  |  |
| <b>Polio:</b> Childhood primary series or adult primary series: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Record attached <input type="checkbox"/><br>Last booster dose date (yy/mm/dd): ___/___/___ Record attached <input type="checkbox"/>  |  |   |   |  |  |
| <b>Tuberculin Skin Test (TST):</b> Proof of two-step TST: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Record attached <input type="checkbox"/><br>Date of test #1 (yy/mm/dd): ___/___/___ Reading(48-72hrs) (yy/mm/dd): ___/___/___ Result: _____ mm<br>Date of test #2 (yy/mm/dd): ___/___/___ Reading(48-72hrs) (yy/mm/dd): ___/___/___ Result: _____ mm<br>(If step one is negative proceed to step two within 1-4 weeks)<br><br>If a two-step TST was previously completed, provide documentation of a one-step for the academic year:<br>Date of one-step (yy/mm/dd): ___/___/___ Reading(48-72hrs) (yy/mm/dd): ___/___/___ Result: _____ mm<br><br>If induration is $\geq 10$ mm a Chest x-Ray is required: (yy/mm/dd): ___/___/___ Result: _____<br>Provide copy of report within the past 6 months: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Attached <input type="checkbox"/> |  |   |   |  |  |
| <b>IGRA:</b> QuantiFERON <input type="checkbox"/> or T-SPOT-TB assay <input type="checkbox"/> Date (yy/mm/dd): ___/___/___ Result: _____  |  |   |   |  |  |
| <b>Varicella (Chicken Pox):</b> VZV Titre - Date (yy/mm/dd): ___/___/___ Result: Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Attached <input type="checkbox"/><br>Or history of disease: Date (yy/mm/dd): ___/___/___<br>Adult primary series of 2 doses is required if there is inadequate immunity<br>Dose #1: Vaccine: _____ Date (yy/mm/dd): ___/___/___<br>Dose #2: Vaccine: _____ Date (yy/mm/dd): ___/___/___  |  |   |   |  |  |
| <b>Measles, Mumps and Rubella (MMR):</b> 2 documented MMR: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Record attached <input type="checkbox"/><br>MMR #1: Date (yy/mm/dd): ___/___/___ MMR #2 : Date (yy/mm/dd): ___/___/___<br><br>OR Measles serology: Date (yy/mm/dd): ___/___/___ Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Attached <input type="checkbox"/><br>Mumps serology: Date (yy/mm/dd): ___/___/___ Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Attached <input type="checkbox"/><br>Rubella serology: Date (yy/mm/dd): ___/___/___ Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Attached <input type="checkbox"/>   |  |   |   |  |  |



uOttawa

Office of Risk Management

**Hepatitis B:** Primary Series complete: Yes  No  Record attached

Immunization series #1: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #2:(yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #3 (if required) :(yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

AND Hepatitis B Surface Antibody Serology: Date (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_ mIU/ml Positive  Negative  Attached

Hepatitis B Surface Antigen Serology: Date (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Positive  Negative  Attached

*Booster(s)* if required: \_\_\_\_\_ #4: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #5: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #6: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AND

Post Vaccination Hepatitis B Surface Antibody Serology: Date(yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Result: \_\_\_ mIU/ml Positive Negative Attached

**Influenza** (*for the academic year*): Proof of vaccination Attached  To follow

Vaccine: \_\_\_\_\_ Date: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Attesting Signature of Health Care Professional (HCP)**

Name: \_\_\_\_\_

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

Title: \_\_\_\_\_

Date: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Stamp: \_\_\_\_\_

**Attesting Signature of Health Care Professional (HCP)**

Name: \_\_\_\_\_

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

Title: \_\_\_\_\_

Date: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Stamp: \_\_\_\_\_

*If required by your program:* see web site <http://www.uottawa.ca/services/ehss/CPRM.html> and verify deadlines page

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Level C:** Attached

Date of issue: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Police Record Check** (a CPIC check and vulnerable sector check including amongst other things, a check for Pardoned Sexual Offences):

Date: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Original record provided

**Nursing license to practice** Attached

**Student signature and authorization for disclosure of information:**

I understand that it is my responsibility to inform the appropriate personnel of any communicable disease, special needs or medical conditions that may place me at risk or pose a risk to others during clinical placements. The information on the Clinical Placement Requirements Record will be kept confidential within the Clinical Placement Risk Management Team. However, under the following circumstances and for the duration of the program, I authorize the release of the Clinical Placement Requirements Record to: the clinical site where occupational exposure occurred; the treating medical site/institution or the clinical placement site.

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

Date: (yy/mm/dd): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



uOttawa

Bureau de la gestion du risque

## DOSSIER DES EXIGENCES DE STAGE CLINIQUE

**Cher étudiant\***

**Votre programme d'étude inclut des stages cliniques qui sont essentiels dans votre formation. Afin d'assurer votre protection et celle des patients, vous devez compléter toutes les exigences avant de commencer un stage clinique. Il est de votre responsabilité de lire attentivement les instructions suivantes et de vous assurer de respecter toutes les exigences.**

### 1. Directives générales

- Un *Dossier des exigences de stage clinique* incomplet et non signé peut entraîner des frais de retard et/ou une annulation des stages cliniques. Vous pouvez télécharger le *Dossier des exigences de stage clinique* en visitant le site <http://www.uottawa.ca/services/sesst/Immunisation.html>
- Les milieux cliniques se réservent le droit de refuser l'accès aux étudiants qui ne rencontrent pas leurs préalables de pratique.
- La politique de l'Université ne reconnaît pas les exceptions d'ordre personnel. Elle ne reconnaît que les exemptions d'ordre médical.
- Les documents acceptés comme preuve d'immunisation sont : le carnet d'immunisation de la province/territoire, les rapports de laboratoire et les documents signés par un professionnel de la santé (infirmière, infirmière praticienne, médecin),

### 2. Exigences requises

#### Tétanos/diptérie

- La preuve de la série primaire reçue durant l'enfance ou une série primaire de 3 vaccins reçus à l'âge adulte est obligatoire.
- Un rappel doit être reçu dans les derniers 10 ans. Le vaccin contre le tétanos, la diptérie et la coqueluche acellulaire est recommandé si vous ne l'avez jamais reçu.
- Si la preuve de la série primaire n'est pas disponible, joindre une copie du rapport de la sérologie (non disponible en Ontario).

#### Polio

- La preuve de la série primaire reçue durant l'enfance ou une série primaire de 3 vaccins reçus à l'âge adulte est obligatoire.

#### Varicelle

- La sérologie est fortement recommandée ou un antécédent documenté de la maladie est acceptable.
- Dans l'absence d'immunité, deux vaccins sont obligatoires.

#### ROR

- Rougeole : preuve de deux doses de vaccin (sauf pour les personnes nées avant 1970) ou la preuve de la sérologie.
- Oreillons : preuve de deux doses de vaccin ou la preuve de la sérologie.
- Rubéole : la preuve d'une dose de vaccin ou la preuve de la sérologie.

#### Hépatite B

- Les preuves de vaccination et de la sérologie des anticorps de surface de l'hépatite B sont obligatoires.
- Si la preuve de vaccination n'est pas disponible, la sérologie de l'antigène de surface est obligatoire.



uOttawa

Bureau de la gestion du risque

### **Tuberculose**

- La preuve d'un test cutané à la tuberculine (TCT) en deux étapes est obligatoire ainsi qu'un TCT en une étape si le test en deux étapes est daté de plus de 12 mois.
- Les étudiants ayant obtenu un résultat positif doivent remettre un rapport de radiographie pulmonaire fait dans les six derniers mois et doivent annuellement remplir le formulaire *Tuberculose signes et symptômes*. Aucun autre TCT doit être fait.
- Un TCT est recommandé à la suite d'un voyage d'une durée de trois mois ou plus dans une zone d'endémicité.
- Le résultat d'un QuantiFERON ou T-SPOT-TB est accepté s'il a été fait dans les 12 derniers mois.

**3. Consultez le site Web <http://www.uottawa.ca/services/sesst/GRSC.html> afin de vérifier si les exigences suivantes sont requises par votre programme d'étude.**

### **Influenza**

- Obligatoire pour l'année académique.

### **Réanimation cardio-respiratoire (RCR) niveau C**

- Obligatoire à l'admission - consulter le site Web ci-haut pour les exigences de recertification.

### **Vérification du casier judiciaire incluant le secteur vulnérable**

- Obligatoire à l'admission - consulter le site Web ci-haut pour les exigences de renouvellement.

### **Permis d'exercice infirmière/licence**

- Obligatoire à l'admission - consulter le site Web ci-haut pour les exigences de renouvellement.

**Pour de plus amples renseignements, communiquez avec la personne de l'Équipe de gestion du risque, stage clinique responsable pour votre programme <http://www.uottawa.ca/services/sesst/GRSC.html>**

\* L'utilisation du genre masculin inclut également le genre féminin et n'a pour but que d'alléger le texte.



uOttawa

Bureau de la gestion du risque

## DOSSIER DES EXIGENCES DE STAGE CLINIQUE

| Programme d'études   |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
| <b>Médecine</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1er cycle<br><input type="checkbox"/> Études supérieures<br><input type="checkbox"/> Étudiant(e) médecine visiteur (EMV)  | <b>Sciences infirmières</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Bacc. Général <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ottawa</li> <li><input type="checkbox"/> Woodroffe</li> <li><input type="checkbox"/> Pembroke</li> </ul> <input type="checkbox"/> Préalables universitaires<br><input type="checkbox"/> Programme professionnel<br><input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Maîtrise [IP] | <b>Activité physique</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1er cycle<br><input type="checkbox"/> Études supérieures | <b>Nutrition</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Études de 1er cycle                                   | <b>Réadaptation</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Audiologie<br><input type="checkbox"/> Ergothérapie<br><input type="checkbox"/> Physiothérapie<br><input type="checkbox"/> Orthophonie | <b>Autre</b> <input type="checkbox"/><br>spécifier |
| <b>Nom :</b> _____<br>No d'étudiant(e) : _____<br>Année d'admission : 20____<br>Date de naissance (aa/mm/jj) : ____/____/____  |  |  | <b>Prénom :</b> _____<br>No de carte-santé : _____ lieu de délivrance : ____<br>No de téléphone : _____<br>Courriel : _____ |   |  |
| <b>Tétanos/ Diphtérie :</b> Vaccination primaire reçue durant ou après l'enfance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>Ou résultats de sérologie : Date (aa/mm/jj) ____/____/____ Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>Dose de rappel (dans les 10 dernières années): Vaccin _____ Date (aa/mm/jj): ____/____/____ Ci-joint <input type="checkbox"/>  |  |  |   |   |  |
| <b>Polio :</b> Vaccination primaire reçue durant ou après l'enfance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>Dernier rappel : date (aa/mm/jj) ____/____/____ Ci-joint <input type="checkbox"/>   |  |  |   |   |  |
| <b>Test Cutané à la Tuberculine (TCT) :</b> Preuve du TCT en deux étapes: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>Date du test #1 (aa/mm/jj) ____/____/____ Lecture (48-72h) (aa/mm/jj) ____/____/____ Induration: _____ mm<br>Date du test #2 (aa/mm/jj) ____/____/____ Lecture (48-72h) (aa/mm/jj) ____/____/____ Induration: _____ mm<br>(Si le résultat du test #1 est négatif, l'étape #2 doit être faite entre 1-4 semaines après l'étape #1)<br><br>Si un TCT en deux étapes a déjà été fait, fournir la preuve ainsi qu'un test en une étape pour l'année universitaire<br>Date du test en une étape (aa/mm/jj) ____/____/____ Lecture (aa/mm/jj) ____/____/____ (48-72h de l'injection) Induration: _____ mm<br><br>Si l'induration est $\geq 10$ mm une radiographie pulmonaire est requise (aa/mm/jj) ____/____/____ Résultat: _____<br>Copie du rapport (dans les 6 derniers mois): Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/> |  |  |   |   |  |
| <b>IGRA:</b> QuantiFERON <input type="checkbox"/> ou T-SPOT.TB <input type="checkbox"/> Date (aa/mm/jj) ____/____/____ Résultat: _____   |  |  |   |   |  |
| <b>Varicelle :</b> Résultat de la sérologie : date (aa/mm/jj) ____/____/____ Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>Ou antécédent documenté de la maladie: date (aa/mm/jj) ____/____/____<br>Série de 2 doses de vaccins requise chez l'adulte non immunisé :<br>Dose #1: Vaccin _____ Date (aa/mm/jj) ____/____/____<br>Dose #2: Vaccin _____ Date (aa/mm/jj) ____/____/____  |  |  |   |   |  |
| <b>Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR):</b> 2 doses de vaccin ROR Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>ROR #1 : date (aa/mm/jj) ____/____/____ ROR #2 : date (aa/mm/jj) ____/____/____<br><br>OU sérologie de la rougeole : Date (aa/mm/jj) ____/____/____ Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>sérologie des oreillons : Date (aa/mm/jj) ____/____/____ Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/><br>sérologie de la rubéole : Date (aa/mm/jj) ____/____/____ Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ci-joint <input type="checkbox"/>  |  |  |   |   |  |



uOttawa

Bureau de la gestion du risque

**Hépatite B:** Preuve de la série primaire Oui  Non  Ci-joint

Séries primaires #1 (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #2 (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #3 (si requis) (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ET

résultat de la sérologie des anticorps de surface : date (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ mIU/ml Positif  Négatif  Ci-joint

résultat de la sérologie de l'antigène de surface: date (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Positif  Négatif  Ci-joint

Doses de rappel si nécessaire \_\_\_\_\_ #4 (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #5: (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #6: (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ET

résultat de la sérologie des anticorps de surface : date (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ mIU/ml Positif  Négatif  Ci-joint

**Influenza** (pour l'année universitaire): Preuve de vaccination Ci-joint  À suivre

Vaccin: \_\_\_\_\_ date (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signature du professionnel de la santé (PS)**

Nom : \_\_\_\_\_

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

Titre : \_\_\_\_\_

Date : (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estampille :

**Signature du professionnel de la santé (PS)**

Nom : \_\_\_\_\_

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

Titre : \_\_\_\_\_

Date : (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estampille :

**Si requis par votre programme d'études consulter le <http://www.uottawa.ca/services/sesst/GRSC.html> pour vérifier les dates limites**

**Réanimation cardio-respiratoire (RCR) niveau C :** Ci-joint

Date de certification (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Vérification du casier judiciaire incluant le secteur vulnérable:** Version originale ci-joint

Date (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Permis d'exercice infirmière / licence** Ci-joint

**Autorisation de divulgation de renseignements :**

Je comprends qu'il est de ma responsabilité de déclarer au personnel autorisé toute maladie contagieuse, tout besoin particulier ou tout état pathologique pouvant présenter un risque pour ma santé ou celle des autres au cours de mes stages cliniques. Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire seront conservés par l'Équipe de la gestion du risque, stage clinique pour l'utilisation dans les milieux cliniques. En l'occurrence et pour toute la durée du programme, j'autorise la transmission de mon Dossier des exigences de stage clinique : a) au milieu clinique d'exposition professionnelle; b) au milieu clinique ou à l'établissement de santé où je reçois des traitements médicaux; c) au milieu clinique où je poursuis ma formation pratique.

Signature de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_

Date: (aa/mm/jj) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_