	om, adresse et nº d'identification de l'e		MENT OU LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR B. Nom, adresse, nº de téléphone et de télécopieur du médecin
		, ,	
NIO da	e téléphone	Tálásania	iour.
			OOT (avéaisar l'aranna)
	ganisme demandeur: HHS 1		OOT (préciser l'agence)
		_	Soupçon/Cause raisonnable Post-accident Retour au travail Suivi Autre (préciser)
	st à effectuer : THC, COC, PCP	, OPI, AMP	☐ THC & COC seulement ☐ Autre (préciser)
G. Ac	dresse du lieu de prélèvement		
			Nº de téléphone du préposé au prélèvement :
			Nº de télécopieur du préposé au prélèvement :
tape	e 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ A	U PRÉLÈVEME	IENT (Ajouter des remarques, au besoin) Lire la température avant 4 minutes.
		Non (remarques	es) Prélèvement du spécimen : Divisé Simple Aucun (remarques) Observé (remarques)
KEM	ARQUES		
ÉΤΑΡ	PE 3 : Le préposé au prélèvement app	ose le(s) sceau	au(x) sur le(s) flacon(s). Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x).
e do	onneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie	2 (copie du mé	nédecin réviseur)
			E – AMORCÉ PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESSAIS à la partie de l'attestation à la copie 2 de ce formulaire FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :
a été p	prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de liv	vraison indiqué conf	à la partie de l'attestation à la copie 2 de ce formulaire informément aux exigences fédérales en vigueur. FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR: Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoire
X			
	Si	gnature du préposé a	é au prélèvement / / PM
	(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (l	Prénom, IN, Nom)	Date Mois Jour Année Heure du prélèvement
	U AU LABORATOIRE OU L'INSTALLAT	ION IITF	Spécimen primaire Le sceau du flacon est intact. FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) REMIS À:
X	Signa	ture du préposé à la	a saisie des données
	J.g	ano an proposo a la c	/ / Si Non, inscrire vos
	(CAPITALES) Nom du préposé à la s		(Prénom, IN, Nom) Date Mois Jour Année remarques dans l'étape 5A
			SPÉCIMEN PRIMAIRE – À REMPLIR PAR L'INSTALLATION D'ESSAIS
NI	ÉGATIFS DOUR DILUTION	M	polites de marijuana Δ9-THCA Gacétylemorphine Méthamphétamine MDMA Métabolite de cocaïne (BZE) Morphine Amphétamine MDA PCP Codéine MDEA
	_	ALSIFIÉ	☐ SUBSTITUTION ☐ RÉSULTAT NON VALIDE
	ARQUES :		
Je cei	ALLATION D'ESSAIS (si différente de l rtifie que le spécimen identifié sur ce formulaire a e les résultats ont été consignés conformément a	a été examiné dès s	sa réception, qu'il a été manipulé conformément aux procédés de la chaîne de possession et de contrôle, qu'il a été analysé
ei que V	res resultats of the eterconsignes comofficient a	iux exigerices rederi	naies en vigeur.
	Signature du technicien/scientifique c	ertificateur	(CAPITALES) Nom du technicien/scientifique certificateur (Prénom, IN, Nom) Date Mois Jour Année
TAF	PE 5b : À REMPLIR PAR LE LABORAT	TOIRE SECONE	DAIRE (SPÉCIMEN DIVISÉ)
		RECONF	
	Nom du laboratoire		e le spécimen divisé identifié sur ce formulaire a été éxaminé dès sa réception, qu'il a été manipulé conformément aux procédés de la ossession et de contrôle, qu'il a été analysé et que les résultats ont été consignés conformément aux exigences fédérales en vigueur.
		X	
	Adresse du laboratoire	Sign	gnature (scientifique certificateur) (CAPITALES) Scientifique certificateur (Prénom, IN, Nom) Date Mois Jour Année
		CITION	NA 1004E670
H	BAR CODE PO	NOTTION	PLACER M 12345678 Date (Mois / Jour / Année)
PELER		Λ	SUR LE BOUCHON SCEAL DE ELACON
-	SPÉC	CIMEN NO	BOUCHON SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT Initiales du donneur
œ	BAR CODE PO	OSITION	PLACER SUR LE BOUCHON SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT PLACER SUR LE BOUCHON SCEAU DE FLACON Initiales du donneur M 12345678 PLACER SUR LE BOUCHON SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT Date (Mois / Jour / Année) PLACER SUR LE BOUCHON SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT Date (Mois / Jour / Année) PLACER SUR LE BOUCHON SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT
PELER		_	SUR LE
_		В	SCEAU DE FLACON

SPÉCIMEN NO. **D 123456**

FMCSA
FMCSA
Post-accident Autre (préciser) ment Autre (préciser) phone du préposé au prélèvement : copieur du préposé au prélèvement : arques, au besoin) Lire la température avant 4 minutes. cimen : Divisé Simple Aucun (remarques) Observé (remarque) Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). RÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESS a copie 2 de ce formulaire idérales en vigueur. Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoir AM PM Heure du prélèvement Lune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence les que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu Date de naissance : Milie Jour Annu Date Mois J
phone du préposé au prélèvement :
phone du préposé au prélèvement :
copieur du préposé au prélèvement :
copieur du préposé au prélèvement :
copieur du préposé au prélèvement :
AM PM Heure du prélèvement CIAPITALES) Prénom et nom du donneur Divisé Simple Aucun (remarques) Observé (remarques) Aucun (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) I Observé (remarques) Observé (remarques) Observé (remarques) I Observé (remarques) I Observé (remarques) I Observé (remarques) I Observé (remarques) Observé (remarques) I
Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). RÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESS a copie 2 de ce formulaire dérales en vigueur. AM Heure du prélèvement AM Heure du prélèvement Lune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence asi que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu Laboration de la contra de la con
. Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). RÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESS a copie 2 de ce formulaire dérales en vigueur. AM PM Heure du prélèvement Lune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence asi que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu Laborator de livraison qui transporte le spécimen au laborator de livraison qui transport
RÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESS a copie 2 de ce formulaire dérales en vigueur. Somme du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoir AM PM Heure du prélèvement Une manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu Laboration Date de naissance :/
RÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESS a copie 2 de ce formulaire dérales en vigueur. Somme du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoir AM PM Heure du prélèvement Une manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu Laboration Date de naissance :/
RÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESS a copie 2 de ce formulaire dérales en vigueur. Somme du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoir AM PM Heure du prélèvement Une manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu Laboration Date de naissance :/
FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR: Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoir AM PM Heure du prélèvement Lune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Anne (
AM PM Heure du prélèvement Lune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Ann. (
AM PM Heure du prélèvement Lune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence de la consi que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu
Heure du prélèvement une manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence les que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Annu () Date de naissance : / / / / / / / / / / / / / / /
Heure du prélèvement une manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Ann. (
si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Ann. () Date de naissance : / / / / / / / / / / / / / / /
si que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte. (CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Ann. () Date de naissance : / / / / / / / / / / / / / / /
(CAPITALES) Prénom et nom du donneur Date Mois Jour Ann
Date de naissance :/ /
Date de naissance :/ /
Mala law Awa
imen identifié sur le présent formulaire il pourrait communiquer avec vi en vente libre que vous auriez pu prendre. Par conséquent vous voud CETTE LISTE N'EST TOUTEFOIS PAS NÉCESSAIRE. Si vous décir
en vente libre que vous auriez pu prendre. Par consequent vous voud CETTE LISTE N'EST TOUTEFOIS PAS NÉCESSAIRE. Si vous décir
OLITE EIGHE MEGI TOOTEL GIG TAG MEGEGGAMME. OF YOUG GOOK
ésent formulaire (Copie 5). NE DRESSEZ PAS VOTRE LISTE AU VER PIE 5. ELLE VOUS APPARTIENT.
conclusions suivantes :
☐ TEST ANNULÉ
APITALES) Prénom et nom du médecin réviseur Date Mois Jour Année
·
conclusions suivantes concernant le spécimen divisé (le cas échéant) :
TEST ANNULÉ
_

PÉCIMEN NO. **D** 123456

	MENT OU LE REPRÉSENTAN B. Nom,			one et de tél	écopieu	ır du médecii	า
a. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur	,						
ode téléphone Télécop	ieur						
c. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé							
	OOT (préciser l'agence)] ETA	- □ DUMCA	
			_		_	_	_
. Raison du test : Pré-embauche Sélection au hasard							
Test à effectuer :	☐ THC & COC seulement	Autre	(preciser)				
. Adresse du lieu de prélèvement							
	Nº de téléphone	du préposé	au prélève	ement:			
	Nº de télécopieur						
ape 2 : À REMPLIR PAR LE <u>P</u> RÉPOS <u>É</u> AU PRÉLÈVE!				•			
st-elle entre 90° et 100° F Oui Non (remarqu	es) Prélèvement du spécimen :	Divisé	Simple	Aucun (re	marques)	Obser	vé (remarque
EMARQUES							
APE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sce	()	م مقمله ما قات	- (-)				
। APE 3 : Le prepose au preievement appose ie(s) sce e donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du i	au(x) sur le(s) flacon(s). Il insc nédecin réviseur)	rit ia date s	ur ie(s) sc	eau(x). Le do	nneur p	parapne ie(s)	sceau(x).
APE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔL	E – AMORCÉ PAR LE PRÉPOS	É AU PRÉL	ÈVEMENT	ET COMPLE	TÉ À L	INSTALLAT	ON D'ESS
e certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifi été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué c	à la partie de l'attestation à la copie 2 de la partie de l'attestation à la copie 2 de la copie 2 d	de ce formulair	e F	LACON(S) DE	SPÉCIME	N(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :
	miormement aux exigences lederales e	ri vigueur.	Nom du	service de livrais	on qui tran	sporte le spécime	n au laboratoire
Signature du prépos	é au prélèvement	Λ.	_				
Olgitataio da propos	/ /	A P					
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom)	Date Mois Jour Année Heure	du prélèvement					
TAPE 5 : A REMPLIR PAR LE DONNEUR e certifie que j'ai fourni mon spécimen d'urine au préposé, d	vuo io no l'oi foloifió d'avayna man	iàra aug ah	anua flagar	àanáaiman	ıtiliad a d	stá spallá an m	
e cerune que j ai rourni mon specimen a unhe au prepose, o a moyen d'un sceau inviolable et que l'information fournie su	r le présent formulaire, ainsi que s	nere, que cri ur l'étiauette	aque nacor apposée si	ı a specimen u ır chaque flac	nnise a e on à sné	cimen est exa	ia presence cte.
	ro procent formation, amor que e	a ou.quotto	αρροσσο στ	onaquo nao	o u op o		
						/	/
Signature du donneur				nneur			Jour Anné
o de téléphone (jour) : ()N						N/a:a	/ Jour Anne
Ine fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta	ls des tests sur le spécimen ic	lentifié sur l	e présent	formulaire il	pourrait	t communiqu	er avec vo
our obtenir des renseignements sur les médicament eut-être dresser une liste de ces médicaments pour	vos propres dossiers. CETTE	e libre que : LISTE N'E	vous auri ST TOUT	ez pu prendi EFOIS PAS	e. Par d NÉCES	sonsequent SSAIRE. Si	vous vouai vous décid
Ine fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicament eut-être dresser une liste de ces médicaments pour 'en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver DES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE	so de votre copie du présent fo	ormulaire (C	opie 5). N	E DRESSEZ	Z PAS V	OTRE LIST	E AU VERS
TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR -		LLLL VOO.	SAFFAN	IILINI.			
		ione euivanto	s:				
onformément aux exigences fédérales en vigueur, mes véri	calions ont engenare les conclus.	uns survaine					
	ŭ						
RÉSULTATS NÉGATIFS ☐ RÉSULTATS POSITIFS	ŭ						
RÉSULTATS NÉGATIFS ☐ RÉSULTATS POSITIFS ☐ DILUTION	ŭ					4	
RÉSULTATS NÉGATIFS ☐ RÉSULTATS POSITIFS ☐ DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après)	pour :				ST ANN	ULÉ	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) :	pour :				ST ANN	ULÉ	
☐ DILUTION ☐ REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) ☐ SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : ☐ SUBSTITUTION	pour:				ST ANN	ULÉ	
RÉSULTATS NÉGATIFS	oour :				ST ANN	ULÉ	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE :	oour :				ST ANN	ULÉ	
RÉSULTATS NÉGATIFS	oour :				ST ANN	ULÉ	
RÉSULTATS NÉGATIFS	oour :				ST ANN	ULÉ	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE :	pour:			TE		ULÉ	ur Année
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : EMARQUES Signature du médecin réviseur TAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR -	CAPITALES) Prénom et no	m du médeciı	TE	D	eate Mois Jo	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : EMARQUES Signature du médecin réviseur TAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR —	CAPITALES) Prénom et no	m du médeciı	TE	D	eate Mois Jo	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison): SUBSTITUTION AUTRE: EMARQUES Signature du médecin réviseur TAPE 7: À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR — conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes véringement aux exigences en vigueur, mes	(CAPITALES SPÉCIMEN DIVISÉ ications ont engendré les conclusi) Prénom et no ons suivante	m du médecii s concerna	TE	n divisé (l	ate Mois Jo le cas échéan	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : EMARQUES Signature du médecin réviseur FAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR — conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérin	(CAPITALES SPÉCIMEN DIVISÉ ications ont engendré les conclusi) Prénom et no ons suivante	m du médecii s concerna	TE	D	ate Mois Jo le cas échéan	
RÉSULTATS NÉGATIFS	(CAPITALES SPÉCIMEN DIVISÉ ications ont engendré les conclusi) Prénom et no ons suivante.	m du médecii S concerna	TE	n divisé (l	ate Mois Jo le cas échéan	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison): SUBSTITUTION AUTRE: EMARQUES Signature du médecin réviseur FAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR — conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes véris RECONFIRMÉ pour : MANQUE DE RECONFIRMATION pour :	(CAPITALES SPÉCIMEN DIVISÉ ications ont engendré les conclusi) Prénom et no ons suivante	m du médecii S concerna	TE	n divisé (l	ate Mois Jo le cas échéan	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : EMARQUES Signature du médecin réviseur	(CAPITALES SPÉCIMEN DIVISÉ ications ont engendré les conclusi) Prénom et no ions suivante.	m du médecii S concerna	TE	n divisé (l	ate Mois Jo le cas échéan	
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : EMARQUES Signature du médecin réviseur	(CAPITALES SPÉCIMEN DIVISÉ ications ont engendré les conclusi) Prénom et no ions suivante.	m du médecii S concerna	TE	n divisé (l	ate Mois Jo le cas échéan	

SPÉCIMEN NO. **D** 123456

. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur	B. No	m, adresse, n	de téléph	one et de té	lécopieu	r du médecii	n
,		,,					
° de téléphone Télécop	ieur						
. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé							
	OOT (préciser l'agence)					- - DUMEN	
			_	_		_	_
. Raison du test : Pré-embauche Sélection au hasard	-						
Test à effectuer : THC, COC, PCP, OPI, AMP	☐ THC & COC seulement	Autre	(preciser)				
. Adresse du lieu de prélèvement							
	Nº de téléphon	ie du préposé	au prélèv	ement:			
	Nº de télécopie						
ape 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEN				•			
st-elle entre 90° et 100° F Oui Non (remarque	es) Prélèvement du spécimen	:	Simple	Aucun (re	emarques)	☐ Obse	rvé (remarque
EMARQUES							
CARE O . La muémané ou muélèurement annoca la/o\ ann	() 1-() 11() 11		(-/-)	()			
「APE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sce donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du n	au(x) sur le(s) flacon(s). Il in nédecin réviseur)	scrit la date s	ur ie(s) sc	eau(x). Le d	onneur p	paraphe le(s)	sceau(x).
APE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE	– AMORCÉ PAR LE PRÉPO	OSÉ AU PRÉL	ÈVEMENT	ET COMPL	ÉTÉ À L'	INSTALLAT	ION D'ESS
e certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifie été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué co	à la partie de l'attestation à la copie	2 de ce formulair	re I	LACON(S) DE	SPÉCIME	N(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :
	miorinement aux exigences rederale	s eri vigueur.	Nom di	ı service de livrai	son qui trans	sporte le spécime	en au laboratoire
Signature du prépos	é au prélèvement	Δ.	M				
	, ,		M				
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom)	Date Mois Jour Année Heu	ıre du prélèvement	-				
APE 5 : A REMPLIR PAR LE DONNEUR	is use l'ai falaifié al'accours us		H	. \ \ _ :		44 114	
e certifie que j'ai fourni mon spécimen d'urine au préposé, c u moyen d'un sceau inviolable et que l'information fournie su	lue je ne i al falsifie d'aucune m r le présent formulaire, ainsi que	ianiere, que cn e sur l'étiquette	aque flacol annosée si	i a specimen ir chaque flac	utilise a e con à snéi	ite scelle en n cimen est exa	na presence acte
Thoyen a an occas inviolable of que l'information fournie ou	rio procent formataire, airier que	our reliquelle	арроссо о	ir onaquo nac	σοιι α οροί	omnom out oxu	oto.
						1	/
Signature du donneur		APITALES) Prénon					Jour Anné
o de téléphone (jour) : ()N	o de téléphone (soirée) : ()		Date de i	naissance	e:/	/
o de téléphone (jour) : ()N	o de téléphone (soirée) : ()		Date de i	naissance	e:/	/
o de téléphone (jour) : ()N	o de téléphone (soirée) : ()		Date de i	naissance	e:/	/
o de téléphone (jour) : ()N	o de téléphone (soirée) : ()		Date de i	naissance	e:/	/
o de téléphone (jour) : ()N ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE	o de téléphone (soirée) : ()		Date de i	naissance	e:/	/
o de téléphone (jour) : ()N ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR -	o de téléphone (soirée) : () identifié sur ente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i	naissance	e:/	/
o de téléphone (jour) : (o de téléphone (soirée) : (identifié sur ente libre que ELISTE NE t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de l formulaire i ez pu prend EFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance	e:/	/
o de téléphone (jour) : ()N Ine fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour l'en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver JES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE APE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS	o de téléphone (soirée) : (identifié sur ente libre que ELISTE NE t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de l formulaire i ez pu prend EFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance	e:/	/
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - onformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif	o de téléphone (soirée) : (identifié sur ente libre que ELISTE NE t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NÉCES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après)	o de téléphone (soirée) : (identifié sur lante libre que l'ELLE N'Et formulaire (C. ELLE VOU	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) :	o de téléphone (soirée) : (identifié sur lante libre que l'ELLE N'Et formulaire (C. ELLE VOU	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NÉCES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION	o de téléphone (soirée) : () identifié sur l ente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NÉCES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) :	o de téléphone (soirée) : () identifié sur l ente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NÉCES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE APE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE :	o de téléphone (soirée) : (identifié sur ente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NÉCES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
o de téléphone (jour) : (o de téléphone (soirée) : (identifié sur ente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NÉCES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
o de téléphone (jour) : (o de téléphone (soirée) : (identifié sur ente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NÉCES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	/
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE APE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE :	o de téléphone (soirée) : () identifié sur lente libre que TE LISTE N'E tormulaire (Co. ELLE VOU	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prendi EFOIS PAS IE DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NECES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	Jour Anné der avec vo vous voudr vous décid E AU VERS
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif PRÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE :	ts des tests sur le spéciment se prescrits ou obtenues en ve vos propres dossiers. CET so de votre copie du présent. CONSERVEZ LA COPIE SE SPÉCIMEN PRIMAIRE ications ont engendré les conclusors.	identifié sur ente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de i formulaire i ez pu prendi EFOIS PAS IE DRESSE TIENT.	naissance pourrait re. Par c S NECES Z PAS V	e:/ Mois communiquent SSAIRE. Si OTRE LIST	Jour Anné der avec vo vous voudr vous décid E AU VERS
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif PILUTION RESULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : EMARQUES SUBSTITUTION SUBSTITUTION AUTRE : EMARQUES Signature du médecin réviseur Signature du médecin réviseur SIGNATURE S	ts des tests sur le spéciments prescrits ou obtenus en ve vos propres dossiers. CET so de votre copie du présen. CONSERVEZ LA COPIE SPÉCIMEN PRIMAIRE foations ont engendré les conclusions.) identifié sur lante libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR	Date de la formulaire i ez pu prend TEFOIS PASE I DRESSE TIENT.	pourrait re. Par c S NECES Z PAS V	Mois Communique Conséquent SSAIRE. Si OTRE LIST	Jour Année
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - onformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : SIGNATURE :	ts des tests sur le spéciment prescrits ou obtenus en vervos propres dossiers. CET so de votre copie du présen. CONSERVEZ LA COPIE (SPÉCIMEN PRIMAIRE ications ont engendré les conclusions) (CAPITAL SPÉCIMEN DIVISÉ cations ont engendré les conclusions de la conclusion de la co) identifié sur lente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante ES) Prénom et no	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR es :	Date de la formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSETIENT.	naissance I pourrait re. Par c S NECES Z PAS V EST ANN	with the second	Jour Année
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta our obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - onformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : SIGNATURE :	ts des tests sur le spéciment prescrits ou obtenus en vervos propres dossiers. CET so de votre copie du présen. CONSERVEZ LA COPIE (SPÉCIMEN PRIMAIRE ications ont engendré les conclusions) (CAPITAL SPÉCIMEN DIVISÉ cations ont engendré les conclusions de la conclusion de la co) identifié sur lente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante ES) Prénom et no	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR es :	Date de la formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSETIENT.	pourrait re. Par c S NECES Z PAS V	with the second	Jour Année
o de téléphone (jour) : (ts des tests sur le spéciment prescrits ou obtenus en vervos propres dossiers. CET so de votre copie du présen. CONSERVEZ LA COPIE (SPÉCIMEN PRIMAIRE ications ont engendré les conclusions) (CAPITAL SPÉCIMEN DIVISÉ cations ont engendré les conclusions de la conclusion de la co) identifié sur lente libre que TE LISTE N'E t formulaire (0 5. ELLE VOU usions suivante ES) Prénom et no	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR es :	Date de la formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSETIENT.	naissance I pourrait re. Par c S NECES Z PAS V EST ANN	with the second	Jour Année
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE APE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif PRESULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : SIGNATURE DI RÉVISEUR - SON FORMENT PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR PAR LE MÉDECIN PAR LE M	o de téléphone (soirée) : () identifié sur lente libre que TE LISTE N'E t formulaire (05. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR es :	Date de la formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSETIENT.	naissance I pourrait re. Par c S NECES Z PAS V EST ANN	Mois Communique Conséquent SSAIRE. Si OTRE LIST	Jour Année
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE APE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif PRÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : SIgnature du médecin réviseur SIGNARQUES SIGNARDE PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR -	o de téléphone (soirée) : () identifié sur lente libre que TE LISTE N'E t formulaire (05. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR es :	Date de la formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSETIENT.	naissance I pourrait re. Par c S NECES Z PAS V EST ANN	Mois Communique Conséquent SSAIRE. Si OTRE LIST	Jour Année
ne fois que le médecin réviseur aura reçu les résulta pur obtenir des renseignements sur les médicaments eut-être dresser une liste de ces médicaments pour en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le ver ES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE APE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérif PRESULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS DILUTION REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : SUBSTITUTION AUTRE : SIgnature du médecin réviseur SIGNARQUES SIGNARDE SIG	o de téléphone (soirée) : () identifié sur lente libre que TE LISTE N'E t formulaire (05. ELLE VOU usions suivante	le présent vous auri EST TOUT Copie 5). N S APPAR es :	Date de la formulaire i ez pu prend TEFOIS PAS E DRESSETIENT.	naissance I pourrait re. Par c S NECES Z PAS V EST ANN	Mois Communique Conséquent SSAIRE. Si OTRE LIST	Jour Année

SPÉCIMEN NO. **D** 123456

A. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur	B.1	Nom, adresse, nº	de téléph	one et de te	élécopieu	ır du médecir	1
			·		•		
T(((a)a)							
N° de téléphone Télécopieur							
C. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé							
	(préciser l'agence)		_	_	_	_	
E. Raison du test : Pré-embauche Sélection au hasard Soupç F. Test à effectuer : THC, COC, PCP, OPI, AMP	THC & COC seuleme					ser)	
G. Adresse du lieu de prélèvement	THO & COC Sectionie	iii	(preciser)				
a. Adresse du lieu de preievement							
	Nº de téléph	one du préposé	au prélève	ement :			
	Nº de téléco	pieur du prépose	é au prélèv	vement:			
tape 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT							
Est-elle entre 90° et 100° F	Prélèvement du spécime	en: Divisé [Simple	Aucun (r	emarques)	☐ Obser	vé (remarques
REMARQUES							
TADE 0. 1) I-(-) #I(-) II	la conte la stata de		(-)			
TAPE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sceau(x) e donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du méde		inscrit la date si	ur le(s) sc	eau(x). Le c	ionneur ¡	paraphe le(s)	sceau(x).
TAPE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE – A	MORCÉ PAR LE PRÉ						
le certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifié à la p a été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué conform	partie de l'attestation à la co nément aux exigences fédér	pie 2 de ce formulaire ales en vigueur.	e F	. ,		N(S) EXPÉDIÉ(•
	· ·	Ŭ	Nom du	i service de livra	iison qui tran	sporte le spécime	n au laboratoire
Signature du préposé au p	rélèvement	Al					
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom)	Date Mois Jour Année	Pl Heure du prélèvement					
TAPE 5 : À REMPLIR PAR LE DONNEUR							
le certifie que j'ai fourni mon spécimen d'urine au préposé, que je u moyen d'un sceau inviolable et que l'information fournie sur le p							
Signature du donneur		(CAPITALES) Prénom	n et nom du do	nneur		ate Mois	/ Jour Année
lo de téléphone (jour) : (No de	téléphone (soirée) : (_)		Date de	naissanc	e:/	/
						Maia I	lour Année Ier avec vol
pour obtenir des renseignements sur les médicaments pre	scrits ou obtenus en	vente libre que	vous aurie	EFOIS PA	dre. Par o	conséquent y	vous voudre
Une fois que le médecin réviseur aura reçu les résultats de pour obtenir des renseignements sur les médicaments pre peut-être dresser une liste de ces médicaments pour vos d'en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le verso d DES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE. CO	e votre copie du prése	ent formulaire (C	opie 5). N	E DRESSE	ZPASV	OTRE LIST	E AU VERS
TAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - SPÉ		E 5. ELLE VOUS	5 APPAR	HENI.			
Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérificatio		nclusions suivante	s:				
RÉSULTATS NÉGATIFS RÉSULTATS POSITIFS pour							
DILUTION							
REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après)				ПТ	EST ANN	ULÉ	
SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) :							
SUBSTITUTION							
AUTRE :							
EMARQUES							
(/	/
Signature du médecin réviseur	, ·	TALES) Prénom et noi	m du médecir	réviseur		Date Mois Jo	ur Année
TAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR – SPÉC Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérificatio		nclusions suivantes	s concernal	nt le snécime	n divisé (le cas échéan	t) ·
							., ·
				TI	EST ANN	ULE	
RECONFIRMÉ pour :							
RECONFIRMÉ pour :				_			
RECONFIRMÉ pour :							

0	Avis de la loi sur la réduction des écritures	
0	Une agence ne peut effectuer ou parrainer une requête d'information, et personne n'est obligé à y répondre, sans qu'un numéro de contrôle OBM courant et valable soit affiché. Le numéro de contrôle OMB de ce projet est 0930-0158. La charge d'exposition publique de cette requête d'information est censé prendre en moyenne 5 minutes/donneur; 4 minutres/préposé au prélèvement; 3 minutes/laboratoire et 3 minutes/médecin réviseur. Le personnel du gouvernement fédéral peut faire parvenir leurs remarques à propos des charges ou tout autre aspect de cette requête d'information, y compris des propositions visant à réduire	0
0	les charges à SAMSA Reports Clearance Officer, 1 Choke Cherry Road, bureau 7-1044, Rockville, Maryland, 20857.	0
0		0
0		0
0		0
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
\vee $ $		Γ

Instructions pour remplir le formulaire fédéral de chaîne de possession et de contrôle pour le dépistage des drogues Saisir les renseignements demandés avec un stylo à encre noire ou bleue. Appuyer fermement. Le préposé au prélèvement s'assurer que le nom et l'adresse de l'installation d'essais (IITF) ou du laboratoire agréés par les HHS figurent

Le préposé au prélèvement s'assurer que le nom et l'adresse de l'installation d'essais (IITF) ou du laboratoire agréés par les HHS figurent dans la partie supérieure du présent formulaire et que le numéro d'identification de l'échantillon inscrit dans la partie supérieure du formulaire correspond au numéro d'identification de l'échantillon figurant sur les étiquettes et les sceaux.

ÉTAPE 1

- Le préposé au prélèvement s'assure que tous les renseignements demandés à l'ÉTAPE 1 soient saisis. Le préposé au prélèvement inscrit une remarque à l'ÉTAPE 2 si le donneur refuse de fournir son numéro de sécurité sociale ou son numéro d'identification d'employé.
- Le préposé au prélèvement donne un flacon à échantillons au donneur et lui demande de fournir un échantillon. Le préposé note tout comportement ou apparence du donneur hors de l'ordinaire dans la section *REMARQUES* à l'ÉTAPE 2. Si, à quelque moment que ce soit du processus de prélèvement, la conduite du donneur indique une tentative d'altération de l'échantillon, le préposé au prélèvement inscrit une note adna la section *REMARQUES* de l'ÉTAPE 2 et prend les mesures qui s'imposent.

ÉTAPE 2

- Sur réception de l'échantillon provenant du donneur, le préposé au prélèvement vérifie la température de l'échantillon dans les quatre minutes suivant le prélèvement et coche la case appropriée à l'ÉTAPE 2. Si la température ne se situe pas dans les limites de la plage acceptable, le préposé au prélèvement inscrit une note à cet effet dans la section *REMARQUES* de l'ÉTAPE 2 et prend les mesures qui s'imposent.
- Le préposé au prélèvement examine l'échantillon et note toute constatation inhabituelle dans la section *Remarques* de l'Étape 2 et prend les mesures qui s'imposent. Tout échantillon affichant des caractéristiques physiques inhabituelles (p. ex., couleur inhabituelle, présence de corps étrangers, odeur inhabituelle) ne peut être acheminé à une installation IITF et doit être acheminé à un laboratoire agréé par les HHS pour y subir les essais appropriés.
- Le préposé au prélèvement détermine le volume de l'échantillon dans le flacon à échantillons. Si le volume est acceptable, le préposé au prélèvement continue. Si le volume est inférieur à celui qu'exige l'agence fédérale, le préposé au prélèvement prend les mesures qui s'imposent et inscrit une note dans la section REMARQUES de l'ÉTAPE 2. Si aucun échantillon n'est prélevé au terme du processus de prélèvement, le préposé au prélèvement coche la case Aucun, écrit une note dans l'ÉTAPE 2, jette la Copie 1 et distribue les autres copies aux destinataires indiqués.
- Le préposé au prélèvement examine les cases *Divisé* et *Simple*. Si le prélèvement a été surveillé, il coche la case *Surveillé* et écrit une note dans la section *REMARQUES* de l'ÉTAPE 2.

ÉTAPE 3

- Le donneur observe le préposé au prélèvement verser l'échantillon dans le(s) flacon(s) à échantillons, placer le(s) bouchon(s) et apposer le(s) sceau(x) sur le(s) flacon(s) à échantillon(s).
- Le préposé au prélèvement inscrit la date sur l'étiquette, les étiquettes, le sceau ou les sceaux apposés sur le(s) flacon(s) à échantillons.
- Le donneur paraphe l'étiquette, les étiquettes, le sceau ou les sceaux apposés sur le(s) flacon(s).
- Le préposé au prélèvement passe à la copie 2 (copie du médecin réviseur) et demande au donneur de lire l'attestation à l'ÉTAPE 5, et après l'avoir lue, de la remplir (signature, nom en capitales, date, numéro de téléphone et date de naissance). Si le donneur refuse de signer l'attestation, le préposé au prélèvement écrit une note dans la section *REMARQUES* de l'ÉTAPE 2 de la copie 1.

ÉTAPE 4

Le préposé au prélèvement remplit l'ÉTAPE 4 sur la copie 1 (signature, nom en capitales, date, heure du prélèvement et nom du service de livraison). Il place l'échantillon ou les échantillons, selon le cas, et la copie 1 du formulaire de chaîne de possession et de contrôle dans un sac en plastique anti-fuite, scelle le sac, prépare l'emballage pour l'expédition et distribue les autres copies aux parties concernées.

Déclaration sur la Loi des droits à la vie privée (employés fédéraux seulement)

La communication d'information sur ce formulaire est volontaire. Ceci dit, toute communication incomplète, le refus de produire un échantillon d'urine, ou la substitution ou l'altération d'un échantillon pourraient conduire à un délai ou un refus de votre demande d'emploi/nomination ou à votre renvoi du service fédéral, ou à d'autres mesures disciplinaires.

L'autorité pour l'obtention d'un échantillon d'urine et des renseignements identificateurs exigés par les présentes découle du décret présidentiel 12564 (Drug Free Work Place), 5 U.S.C. § 3301 (2) 5 U.S.C. § 7301, et de la partie 503 de la Loi publique 100-71, 5 U.S.C. § 7301 note. Sous le coup du décret 12564 et de la loi 5 U.S.C. § 7301, les résultats d'analyses peuvent seulement être divulgués aux agences officielles en fonction des besoins, notamment à un médecin réviseur de l'agence, aux administrateurs de programmes d'assistance aux employés et à un supérieur ayant l'autorité de prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un employé. Cette information peut aussi être divulguée devant les tribunaux pour les besoins d'une contestation de mesures disciplinaires à l'égard du personnel.

La communication de votre N.A.S. est volontaire et n'est pas exigée par la loi. Le refus de soumettre votre numéro n'entraînera pas le refus d'aucun droit, bénéfice ou privilège prévus par la loi. Votre N.A.S. vous est demandé conformément au décret présidentiel 9397 pour les besoins d'intégration d'information à votre sujet dans les dossiers de l'agence et pour indentifier l'échantillon soumis fourni pour les besoins de dépistage. si vous refusez de soumettre votre N.A.S., un autre numéro ou un autre moyen d'identification sera attribué aux fins du traitement de l'échantillon en question.

Avis de la loi sur la réduction des écritures

Une agence ne peut effectuer ou parrainer une requête d'information, et personne n'est obligé à y répondre, sans qu'un numéro de contrôle OBM courant et valable soit affiché. Le numéro de controle OMB de ce projet est 0930-0158. La charge d'exposition publique de cette requête d'information est censé prendre en moyenne 5 minutes/donneur; 4 minutres/préposé au prélèvement; 3 minutes/laboratoire et 3 minutes/médecin réviseur. Le personnel du gouvernement fédéral peut faire parvenir leurs remarques à propos des charges ou tout autre aspect de cette requête d'information, y compris des propositions visant à réduire les charges à SAMSA Reports Clearance Officer, 1 Choke Cherry Road, bureau 7-1044, Rockville, Maryland, 20857.