FORMULAIRE FÉDÉRAL DE CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE POUR LE DÉPISTAGE DES DROGUES

BAR CODE POSITION

SPÉCIMEN NO. **D 123456** ACCESSION NO. DU LABO.

ÉTAPE 1 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT OU LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

A. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur

B. Nom, adresse, nº de téléphone et de télécopieur du médecin

Nº de téléphone _____ Télécopieur _____

C. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé _____

D. Organisme demandeur : ☐ HHS ☐ NRC ☐ DOT (préciser l'agence) ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Raison du test : ☐ Pré-embauche ☐ Sélection au hasard ☐ Soupçon/Cause raisonnable ☐ Post-accident ☐ Retour au travail ☐ Suivi ☐ Autre (préciser) _____

F. Test à effectuer : ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC & COC seulement ☐ Autre (préciser) _____

G. Adresse du lieu de prélèvement

Nº de téléphone du préposé au prélèvement : _____

Nº de télécopieur du préposé au prélèvement : _____

Étape 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT (Ajouter des remarques, au besoin) Lire la température avant 4 minutes.

Est-elle entre 90º et 100º F ☐ Oui ☐ Non (remarques) | Prélèvement du spécimen : ☐ Divisé ☐ Simple ☐ Aucun (remarques) | ☐ Observé (remarques)

REMARQUES

ÉTAPE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sceau(x) sur le(s) flacon(s). Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). Le donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du médecin réviseur)

ÉTAPE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE – AMORCÉ PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESSAIS

Je certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifié à la partie de l'attestation à la copie 2 de ce formulaire a été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué conformément aux exigences fédérales en vigueur.

X _____
Signature du préposé au prélèvement

_____ ___/___/___ AM PM
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) **Date Mois Jour Année** **Heure du prélèvement**

FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :
Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoire

_____

REÇU AU LABORATOIRE OU L'INSTALLATION IITF

X _____
Signature du préposé à la saisie des données

_____ ___/___/___
(CAPITALES) Nom du préposé à la saisie des données (Prénom, IN, Nom) **Date Mois Jour Année**

Spécimen primaire
Le sceau du flacon est intact.
☐ OUI ☐ NON
Si Non, inscrire vos remarques dans l'étape 5A

FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) REMIS À :

ÉTAPE 5a : RÉSULTATS DU DÉPISTAGE À PARTIR DU SPÉCIMEN PRIMAIRE – À REMPLIR PAR L'INSTALLATION D'ESSAIS

☐ **NÉGATIFS** ☐ **POSITIFS pour :** ☐ Métabolites de marijuana Δ9-THCA ☐ 6-acétylemorphine ☐ Méthamphétamine ☐ MDMA
☐ DILUTION ☐ Métabolite de cocaïne (BZE) ☐ Morphine ☐ Amphétamine ☐ MDA
☐ PCP ☐ Codéine ☐ MDEA

☐ **SPÉCIMEN REJETÉ** ☐ **FALSIFIÉ** ☐ **SUBSTITUTION** ☐ **RÉSULTAT NON VALIDE**

REMARQUES : _____

INSTALLATION D'ESSAIS (si différente de l'installation susmentionnée) : _____

Je certifie que le spécimen identifié sur ce formulaire a été examiné dès sa réception, qu'il a été manipulé conformément aux procédés de la chaîne de possession et de contrôle, qu'il a été analysé et que les résultats ont été consignés conformément aux exigences fédérales en vigueur.

X _____ _____ ___/___/___
Signature du technicien/scientifique certificateur **(CAPITALES) Nom du technicien/scientifique certificateur (Prénom, IN, Nom)** **Date Mois Jour Année**

ÉTAPE 5b : À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE SECONDAIRE (SPÉCIMEN DIVISÉ)

_____
Nom du laboratoire

_____
Adresse du laboratoire

☐ **RECONFIRMÉ** ☐ **MANQUE DE RECONFIRMATION** - RAISON _____

Je certifie que le spécimen divisé identifié sur ce formulaire a été examiné dès sa réception, qu'il a été manipulé conformément aux procédés de la chaîne de possession et de contrôle, qu'il a été analysé et que les résultats ont été consignés conformément aux exigences fédérales en vigueur.

X _____ _____ ___/___/___
Signature (scientifique certificateur) **(CAPITALES) Scientifique certificateur (Prénom, IN, Nom)** **Date Mois Jour Année**

PELER

BAR CODE POSITION

SPÉCIMEN NO **A**

PLACER SUR LE BOUCHON

M 12345678

SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT

___/___/___
Date (Mois / Jour / Année)

_____
Initiales du donneur

PELER

BAR CODE POSITION

SPÉCIMEN NO **B** (DIVISÉ)

PLACER SUR LE BOUCHON

M 12345678

SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT

___/___/___
Date (Mois / Jour / Année)

_____
Initiales du donneur

CODE À BARRES D'EXPÉDITION

BAR CODE POSITION

OMB No. 0930-0158

APPUYER FORTEMENT, VOUS FAITES PLUSIEURS COPIES

COPIE 1 - INSTALLATION D'ESSAIS

FORMULAIRE FÉDÉRAL DE CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE POUR LE DÉPISTAGE DES DROGUES

BAR CODE POSITION

SPÉCIMEN NO. **D 123456** ACCESSION NO. DU LABO.

OMB No. 0930-0158

ÉTAPE 1 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT OU LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

A. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur

B. Nom, adresse, nº de téléphone et de télécopieur du médecin

Nº de téléphone _____ Télécopieur _____

C. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé _____

D. Organisme demandeur : ☐ HHS ☐ NRC ☐ DOT (préciser l'agence) ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Raison du test : ☐ Pré-embauche ☐ Sélection au hasard ☐ Soupçon/Cause raisonnable ☐ Post-accident ☐ Retour au travail ☐ Suivi ☐ Autre (préciser) _____

F. Test à effectuer : ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC & COC seulement ☐ Autre (préciser) _____

G. Adresse du lieu de prélèvement

Nº de téléphone du préposé au prélèvement : _____

Nº de télécopieur du préposé au prélèvement : _____

Étape 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT (Ajouter des remarques, au besoin) Lire la température avant 4 minutes.

Est-elle entre 90º et 100º F ☐ Oui ☐ Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : ☐ Divisé ☐ Simple ☐ Aucun (remarques)	☐ Observé (remarques)
REMARQUES		

ÉTAPE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sceau(x) sur le(s) flacon(s). Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). Le donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du médecin réviseur)

ÉTAPE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE – AMORCÉ PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESSAIS

Je certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifié à la partie de l'attestation à la copie 2 de ce formulaire a été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué conformément aux exigences fédérales en vigueur.

X _____
Signature du préposé au prélèvement

_____ ____/____/____ _____ AM PM
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) **Date Mois Jour Année** **Heure du prélèvement**

FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :

Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoire

_____

ÉTAPE 5 : À REMPLIR PAR LE DONNEUR

Je certifie que j'ai fourni mon spécimen d'urine au préposé, que je ne l'ai falsifié d'aucune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence au moyen d'un sceau inviolable et que l'information fournie sur le présent formulaire, ainsi que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte.

X _____ _____ ____/____/____
Signature du donneur **(CAPITALES) Prénom et nom du donneur** **Date Mois Jour Année**

No de téléphone (jour) : (_____) _____ No de téléphone (soirée) : (_____) _____ Date de naissance : ____/____/____
Mois Jour Année

Une fois que le médecin réviseur aura reçu les résultats des tests sur le spécimen identifié sur le présent formulaire il pourrait communiquer avec vous pour obtenir des renseignements sur les médicaments prescrits ou obtenus en vente libre que vous auriez pu prendre. Par conséquent vous voudrez peut-être dresser une liste de ces médicaments pour vos propres dossiers. CETTE LISTE N'EST TOUTEFOIS PAS NÉCESSAIRE. Si vous décidez d'en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le verso de votre copie du présent formulaire (Copie 5). NE DRESSEZ PAS VOTRE LISTE AU VERSO DES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE. CONSERVEZ LA COPIE 5. ELLE VOUS APPARTIENT.

ÉTAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - SPÉCIMEN PRIMAIRE

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes :

☐ **RÉSULTATS NÉGATIFS** ☐ **RÉSULTATS POSITIFS** pour : _____
☐ DILUTION

☐ **REFUS D'ANALYSE** (cochez les motifs ci-après) ☐ **TEST ANNULÉ**
☐ SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : _____
☐ SUBSTITUTION
☐ AUTRE : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

ÉTAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR – SPÉCIMEN DIVISÉ

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes concernant le spécimen divisé (le cas échéant) :

☐ **RECONFIRMÉ** pour : _____ ☐ **TEST ANNULÉ**

☐ **MANQUE DE RECONFIRMATION** pour : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

COPIE 2 - COPIE DU MÉDECIN RÉVISEUR

FORMULAIRE FÉDÉRAL DE CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE POUR LE DÉPISTAGE DES DROGUES

BAR CODE POSITION

SPÉCIMEN NO. **D 123456** ACCESSION NO. DU LABO.

OMB No. 0930-0158

ÉTAPE 1 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT OU LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

A. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur

B. Nom, adresse, nº de téléphone et de télécopieur du médecin

Nº de téléphone _____ Télécopieur _____

C. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé _____

D. Organisme demandeur : ☐ HHS ☐ NRC ☐ DOT (préciser l'agence) ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Raison du test : ☐ Pré-embauche ☐ Sélection au hasard ☐ Soupçon/Cause raisonnable ☐ Post-accident ☐ Retour au travail ☐ Suivi ☐ Autre (préciser) _____

F. Test à effectuer : ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC & COC seulement ☐ Autre (préciser) _____

G. Adresse du lieu de prélèvement

Nº de téléphone du préposé au prélèvement : _____

Nº de télécopieur du préposé au prélèvement : _____

Étape 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT (Ajouter des remarques, au besoin) Lire la température avant 4 minutes.

Est-elle entre 90º et 100º F ☐ Oui ☐ Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : ☐ Divisé ☐ Simple ☐ Aucun (remarques)	☐ Observé (remarques)
REMARQUES		

ÉTAPE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sceau(x) sur le(s) flacon(s). Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). Le donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du médecin réviseur)

ÉTAPE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE – AMORCÉ PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESSAIS

Je certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifié à la partie de l'attestation à la copie 2 de ce formulaire a été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué conformément aux exigences fédérales en vigueur.

X _____
Signature du préposé au prélèvement

_____ ____/____/____ _____ AM PM
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) **Date Mois Jour Année** **Heure du prélèvement**

FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :

Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoire

_____

ÉTAPE 5 : À REMPLIR PAR LE DONNEUR

Je certifie que j'ai fourni mon spécimen d'urine au préposé, que je ne l'ai falsifié d'aucune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence au moyen d'un sceau inviolable et que l'information fournie sur le présent formulaire, ainsi que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte.

X _____ _____ ____/____/____
Signature du donneur **(CAPITALES) Prénom et nom du donneur** **Date Mois Jour Année**

No de téléphone (jour) : (_____) _____ No de téléphone (soirée) : (_____) _____ Date de naissance : ____/____/____
Mois Jour Année

Une fois que le médecin réviseur aura reçu les résultats des tests sur le spécimen identifié sur le présent formulaire il pourrait communiquer avec vous pour obtenir des renseignements sur les médicaments prescrits ou obtenus en vente libre que vous auriez pu prendre. Par conséquent vous voudrez peut-être dresser une liste de ces médicaments pour vos propres dossiers. CETTE LISTE N'EST TOUTEFOIS PAS NÉCESSAIRE. Si vous décidez d'en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le verso de votre copie du présent formulaire (Copie 5). NE DRESSEZ PAS VOTRE LISTE AU VERSO DES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE. CONSERVEZ LA COPIE 5. ELLE VOUS APPARTIENT.

ÉTAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - SPÉCIMEN PRIMAIRE

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes :

☐ **RÉSULTATS NÉGATIFS** ☐ **RÉSULTATS POSITIFS** pour : _____
☐ DILUTION

☐ **REFUS D'ANALYSE** (cochez les motifs ci-après) ☐ **TEST ANNULÉ**
☐ SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : _____
☐ SUBSTITUTION
☐ AUTRE : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

ÉTAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR – SPÉCIMEN DIVISÉ

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes concernant le spécimen divisé (le cas échéant) :

☐ **RECONFIRMÉ** pour : _____ ☐ **TEST ANNULÉ**

☐ **MANQUE DE RECONFIRMATION** pour : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

COPIE 3 - COPIE DU PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT

FORMULAIRE FÉDÉRAL DE CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE POUR LE DÉPISTAGE DES DROGUES

BAR CODE POSITION

SPÉCIMEN NO. **D 123456** ACCESSION NO. DU LABO.

OMB No. 0930-0158

ÉTAPE 1 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT OU LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

A. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur

B. Nom, adresse, nº de téléphone et de télécopieur du médecin

Nº de téléphone _____ Télécopieur _____

C. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé _____

D. Organisme demandeur : ☐ HHS ☐ NRC ☐ DOT (préciser l'agence) ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Raison du test : ☐ Pré-embauche ☐ Sélection au hasard ☐ Soupçon/Cause raisonnable ☐ Post-accident ☐ Retour au travail ☐ Suivi ☐ Autre (préciser) _____

F. Test à effectuer : ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC & COC seulement ☐ Autre (préciser) _____

G. Adresse du lieu de prélèvement

Nº de téléphone du préposé au prélèvement : _____

Nº de télécopieur du préposé au prélèvement : _____

Étape 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT (Ajouter des remarques, au besoin) Lire la température avant 4 minutes.

Est-elle entre 90º et 100º F ☐ Oui ☐ Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : ☐ Divisé ☐ Simple ☐ Aucun (remarques)	☐ Observé (remarques)

REMARQUES

ÉTAPE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sceau(x) sur le(s) flacon(s). Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). Le donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du médecin réviseur)

ÉTAPE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE – AMORCÉ PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESSAIS

Je certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifié à la partie de l'attestation à la copie 2 de ce formulaire a été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué conformément aux exigences fédérales en vigueur.

X _____
Signature du préposé au prélèvement

_____ ____/____/____ _____ AM PM
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) **Date Mois Jour Année** **Heure du prélèvement**

FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :

Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoire

_____

ÉTAPE 5 : À REMPLIR PAR LE DONNEUR

Je certifie que j'ai fourni mon spécimen d'urine au préposé, que je ne l'ai falsifié d'aucune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence au moyen d'un sceau inviolable et que l'information fournie sur le présent formulaire, ainsi que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte.

X _____ _____ ____/____/____
Signature du donneur **(CAPITALES) Prénom et nom du donneur** **Date Mois Jour Année**

No de téléphone (jour) : (_____) _____ No de téléphone (soirée) : (_____) _____ Date de naissance : ____/____/____
Mois Jour Année

Une fois que le médecin réviseur aura reçu les résultats des tests sur le spécimen identifié sur le présent formulaire il pourrait communiquer avec vous pour obtenir des renseignements sur les médicaments prescrits ou obtenus en vente libre que vous auriez pu prendre. Par conséquent vous voudrez peut-être dresser une liste de ces médicaments pour vos propres dossiers. CETTE LISTE N'EST TOUTEFOIS PAS NÉCESSAIRE. Si vous décidez d'en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le verso de votre copie du présent formulaire (Copie 5). NE DRESSEZ PAS VOTRE LISTE AU VERSO DES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE. CONSERVEZ LA COPIE 5. ELLE VOUS APPARTIENT.

ÉTAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - SPÉCIMEN PRIMAIRE

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes :

☐ **RÉSULTATS NÉGATIFS** ☐ **RÉSULTATS POSITIFS** pour : _____
☐ DILUTION

☐ **REFUS D'ANALYSE** (cochez les motifs ci-après) ☐ **TEST ANNULÉ**
☐ SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : _____
☐ SUBSTITUTION
☐ AUTRE : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

ÉTAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR – SPÉCIMEN DIVISÉ

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes concernant le spécimen divisé (le cas échéant) :

☐ **RECONFIRMÉ** pour : _____ ☐ **TEST ANNULÉ**

☐ **MANQUE DE RECONFIRMATION** pour : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

COPIE 4 - COPIE DE L'EMPLOYEUR

FORMULAIRE FÉDÉRAL DE CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE POUR LE DÉPISTAGE DES DROGUES

BAR CODE POSITION

SPÉCIMEN NO. **D 123456** ACCESSION NO. DU LABO.

OMB No. 0930-0158

ÉTAPE 1 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT OU LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

A. Nom, adresse et nº d'identification de l'employeur

B. Nom, adresse, nº de téléphone et de télécopieur du médecin

Nº de téléphone _____ Télécopieur _____

C. N.A.S. du donneur ou nº d'identification de l'employé _____

D. Organisme demandeur : ☐ HHS ☐ NRC ☐ DOT (préciser l'agence) ☐ FMCSA ☐ FAA ☐ FRA ☐ FTA ☐ PHMSA ☐ USCG

E. Raison du test : ☐ Pré-embauche ☐ Sélection au hasard ☐ Soupçon/Cause raisonnable ☐ Post-accident ☐ Retour au travail ☐ Suivi ☐ Autre (préciser) _____

F. Test à effectuer : ☐ THC, COC, PCP, OPI, AMP ☐ THC & COC seulement ☐ Autre (préciser) _____

G. Adresse du lieu de prélèvement

Nº de téléphone du préposé au prélèvement : _____

Nº de télécopieur du préposé au prélèvement : _____

Étape 2 : À REMPLIR PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT (Ajouter des remarques, au besoin) Lire la température avant 4 minutes.

Est-elle entre 90º et 100º F ☐ Oui ☐ Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : ☐ Divisé ☐ Simple ☐ Aucun (remarques)	☐ Observé (remarques)
REMARQUES		

ÉTAPE 3 : Le préposé au prélèvement appose le(s) sceau(x) sur le(s) flacon(s). Il inscrit la date sur le(s) sceau(x). Le donneur paraphe le(s) sceau(x). Le donneur remplit l'ÉTAPE 5 sur la copie 2 (copie du médecin réviseur)

ÉTAPE 4 : CHAÎNE DE POSSESSION ET DE CONTRÔLE – AMORCÉ PAR LE PRÉPOSÉ AU PRÉLÈVEMENT ET COMPLÉTÉ À L'INSTALLATION D'ESSAIS

Je certifie que le spécimen que le donneur m'a donné et qui est identifié à la partie de l'attestation à la copie 2 de ce formulaire a été prélevé, étiqueté, scellé et remis au service de livraison indiqué conformément aux exigences fédérales en vigueur.

X _____
Signature du préposé au prélèvement

_____ ____/____/____ _____ AM PM
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) **Date Mois Jour Année** **Heure du prélèvement**

FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR :

Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoire

_____

ÉTAPE 5 : À REMPLIR PAR LE DONNEUR

Je certifie que j'ai fourni mon spécimen d'urine au préposé, que je ne l'ai falsifié d'aucune manière, que chaque flacon à spécimen utilisé a été scellé en ma présence au moyen d'un sceau inviolable et que l'information fournie sur le présent formulaire, ainsi que sur l'étiquette apposée sur chaque flacon à spécimen est exacte.

X _____ _____ ____/____/____
Signature du donneur **(CAPITALES) Prénom et nom du donneur** **Date Mois Jour Année**

No de téléphone (jour) : (_____) _____ No de téléphone (soirée) : (_____) _____ Date de naissance : ____/____/____
Mois Jour Année

Une fois que le médecin réviseur aura reçu les résultats des tests sur le spécimen identifié sur le présent formulaire il pourrait communiquer avec vous pour obtenir des renseignements sur les médicaments prescrits ou obtenus en vente libre que vous auriez pu prendre. Par conséquent vous voudrez peut-être dresser une liste de ces médicaments pour vos propres dossiers. CETTE LISTE N'EST TOUTEFOIS PAS NÉCESSAIRE. Si vous décidez d'en préparer une, utilisez une feuille séparée ou le verso de votre copie du présent formulaire (Copie 5). NE DRESSEZ PAS VOTRE LISTE AU VERSO DES AUTRES COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE. CONSERVEZ LA COPIE 5. ELLE VOUS APPARTIENT.

ÉTAPE 6 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR - SPÉCIMEN PRIMAIRE

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes :

☐ **RÉSULTATS NÉGATIFS** ☐ **RÉSULTATS POSITIFS** pour : _____
☐ DILUTION

☐ **REFUS D'ANALYSE** (cochez les motifs ci-après) ☐ **TEST ANNULÉ**
☐ SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : _____
☐ SUBSTITUTION
☐ AUTRE : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

ÉTAPE 7 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉVISEUR – SPÉCIMEN DIVISÉ

Conformément aux exigences fédérales en vigueur, mes vérifications ont engendré les conclusions suivantes concernant le spécimen divisé (le cas échéant) :

☐ **RECONFIRMÉ** pour : _____ ☐ **TEST ANNULÉ**

☐ **MANQUE DE RECONFIRMATION** pour : _____

REMARQUES _____

X _____ _____ ____/____/____
Signature du médecin réviseur **(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur** **Date Mois Jour Année**

COPIE 5 - COPIE DU DONNEUR

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.

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 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.