

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 n° d'identification de l'employeur N° de téléphone _____ Télécopieur _____ C. N.A.S. du donneur ou n° d'identification de l'employé _____ D. Organisme demandeur : <input type="checkbox"/> HHS <input type="checkbox"/> NRC <input type="checkbox"/> DOT (préciser l'agence) <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> USCG E. Raison du test : <input type="checkbox"/> Pré-embauche <input type="checkbox"/> Sélection au hasard <input type="checkbox"/> Soupçon/Cause raisonnable <input type="checkbox"/> Post-accident <input type="checkbox"/> Retour au travail <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ F. Test à effectuer : <input type="checkbox"/> THC, COC, PCP, OPI, AMP <input type="checkbox"/> THC & COC seulement <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ G. Adresse du lieu de prélèvement N° de téléphone du préposé au prélèvement : _____ N° de télécopieur du préposé au prélèvement : _____	B. Nom, adresse, n° de téléphone et de télécopieur du médecin
--	---

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

Est-elle entre 90° et 100° F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : <input type="checkbox"/> Divisé <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Aucun (remarques) <input type="checkbox"/> 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	FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) REMIS À : Spécimen primaire Le sceau du flacon est intact. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si Non, inscrire vos remarques dans l'étape 5A
---	---

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-acétylmorphine 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	<input type="checkbox"/> RECONFIRMÉ <input type="checkbox"/> 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 _____	CODE À BARRES D'EXPÉDITION
PELER	BAR CODE POSITION SPÉCIMEN NO (DIVISÉ) B	PLACER SUR LE BOUCHON	M 12345678 SCEAU DE FLACON DE PRÉLÈVEMENT	Date (Mois / Jour / Année) _____ Initiales du donneur _____	BAR CODE POSITION

OMB No. 0930-0158

APPUYER FORTEMENT, VOUS FAITES PLUSIEURS COPIES

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 n° d'identification de l'employeur N° de téléphone _____ Télécopieur _____ C. N.A.S. du donneur ou n° d'identification de l'employé _____ D. Organisme demandeur : <input type="checkbox"/> HHS <input type="checkbox"/> NRC <input type="checkbox"/> DOT (préciser l'agence) <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> USCG E. Raison du test : <input type="checkbox"/> Pré-embauche <input type="checkbox"/> Sélection au hasard <input type="checkbox"/> Soupçon/Cause raisonnable <input type="checkbox"/> Post-accident <input type="checkbox"/> Retour au travail <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ F. Test à effectuer : <input type="checkbox"/> THC, COC, PCP, OPI, AMP <input type="checkbox"/> THC & COC seulement <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ G. Adresse du lieu de prélèvement N° de téléphone du préposé au prélèvement : _____ N° de télécopieur du préposé au prélèvement : _____	B. Nom, adresse, n° de téléphone et de télécopieur du médecin
--	---

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

Est-elle entre 90° et 100° F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remarques) _____	Prélèvement du spécimen : <input type="checkbox"/> Divisé <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Aucun (remarques) _____	Observé (remarques) <input type="checkbox"/> _____
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 (CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) _____ Date Mois / Jour / Année _____ Heure du prélèvement _____ AM / PM	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 _____

OMB No. 0930-0158

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 n° d'identification de l'employeur N° de téléphone _____ Télécopieur _____ C. N.A.S. du donneur ou n° d'identification de l'employé _____ D. Organisme demandeur : <input type="checkbox"/> HHS <input type="checkbox"/> NRC <input type="checkbox"/> DOT (préciser l'agence) <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> USCG E. Raison du test : <input type="checkbox"/> Pré-embauche <input type="checkbox"/> Sélection au hasard <input type="checkbox"/> Soupçon/Cause raisonnable <input type="checkbox"/> Post-accident <input type="checkbox"/> Retour au travail <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ F. Test à effectuer : <input type="checkbox"/> THC, COC, PCP, OPI, AMP <input type="checkbox"/> THC & COC seulement <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ G. Adresse du lieu de prélèvement N° de téléphone du préposé au prélèvement : _____ N° de télécopieur du préposé au prélèvement : _____	B. Nom, adresse, n° de téléphone et de télécopieur du médecin
--	---

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

Est-elle entre 90° et 100° F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : <input type="checkbox"/> Divisé <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Aucun (remarques) <input type="checkbox"/> 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 (CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) _____ Date Mois / Jour / Année _____ Heure du prélèvement _____ AM / PM	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 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.

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 _____

OMB No. 0930-0158

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 n° d'identification de l'employeur N° de téléphone _____ Télécopieur _____ C. N.A.S. du donneur ou n° d'identification de l'employé _____ D. Organisme demandeur : <input type="checkbox"/> HHS <input type="checkbox"/> NRC <input type="checkbox"/> DOT (préciser l'agence) <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> USCG E. Raison du test : <input type="checkbox"/> Pré-embauche <input type="checkbox"/> Sélection au hasard <input type="checkbox"/> Soupçon/Cause raisonnable <input type="checkbox"/> Post-accident <input type="checkbox"/> Retour au travail <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ F. Test à effectuer : <input type="checkbox"/> THC, COC, PCP, OPI, AMP <input type="checkbox"/> THC & COC seulement <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ G. Adresse du lieu de prélèvement N° de téléphone du préposé au prélèvement : _____ N° de télécopieur du préposé au prélèvement : _____	B. Nom, adresse, n° de téléphone et de télécopieur du médecin N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____
--	---

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

Est-elle entre 90° et 100° F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : <input type="checkbox"/> Divisé <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Aucun (remarques) <input type="checkbox"/> 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 (CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) _____ Date Mois / Jour / Année _____ Heure du prélèvement _____ AM / PM	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 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.

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 _____

OMB No. 0930-0158

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 n° d'identification de l'employeur	B. Nom, adresse, n° de téléphone et de télécopieur du médecin
N° de téléphone _____ Télécopieur _____	
C. N.A.S. du donneur ou n° d'identification de l'employé _____	
D. Organisme demandeur : <input type="checkbox"/> HHS <input type="checkbox"/> NRC <input type="checkbox"/> DOT (préciser l'agence) <input type="checkbox"/> FMCSA <input type="checkbox"/> FAA <input type="checkbox"/> FRA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> PHMSA <input type="checkbox"/> USCG	
E. Raison du test : <input type="checkbox"/> Pré-embauche <input type="checkbox"/> Sélection au hasard <input type="checkbox"/> Soupçon/Cause raisonnable <input type="checkbox"/> Post-accident <input type="checkbox"/> Retour au travail <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	
F. Test à effectuer : <input type="checkbox"/> THC, COC, PCP, OPI, AMP <input type="checkbox"/> THC & COC seulement <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	
G. Adresse du lieu de prélèvement	
N° de téléphone du préposé au prélèvement : _____	
N° 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 90° et 100° F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remarques)	Prélèvement du spécimen : <input type="checkbox"/> Divisé <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Aucun (remarques) <input type="checkbox"/> 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.	FLACON(S) DE SPÉCIMEN(S) EXPÉDIÉ(S) PAR : Nom du service de livraison qui transporte le spécimen au laboratoire
X _____ Signature du préposé au prélèvement	
(CAPITALES) Nom du préposé au prélèvement (Prénom, IN, Nom) _____ Date Mois / Jour / Année _____ Heure du prélèvement _____ AM / PM	

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 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.

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 :

<input type="checkbox"/> RÉSULTATS NÉGATIFS <input type="checkbox"/> RÉSULTATS POSITIFS pour : _____ <input type="checkbox"/> DILUTION	<input type="checkbox"/> TEST ANNULÉ	
<input type="checkbox"/> REFUS D'ANALYSE (cochez les motifs ci-après) <input type="checkbox"/> SPÉCIMEN FALSIFIÉ (substance/raison) : _____ <input type="checkbox"/> SUBSTITUTION <input type="checkbox"/> 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) :

<input type="checkbox"/> RECONFIRMÉ pour : _____	<input type="checkbox"/> TEST ANNULÉ	
<input type="checkbox"/> MANQUE DE RECONFIRMATION pour : _____		
REMARQUES _____		
X _____ Signature du médecin réviseur	(CAPITALES) Prénom et nom du médecin réviseur _____	Date Mois / Jour / Année _____

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 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 minutes/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 identifier l'échantillon soumis 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 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 minutes/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.