

Requérant (Clinique Médicale ou Entreprise)

Dr. _____



5990 Côte-des-Neiges, Mtl, (Qc) H3S 1Z5
Tél. : 514 344-8022 Téléc. : 514 344-8024
Courriel : service@laboratoirescdl.com
Lundi au vendredi de 8am à 8pm
Dimanche de 9am à 3pm

DROGUES ILLICITES : FORMULAIRE DE CHAÎNE DE POSSESSION

DATE ET HEURE DE LA COLLECTE _____ I.D.# _____

(AAAA/MM/JJ)

(espace réservé à CDL)

NOM _____ PRÉNOM _____

TELEPHONE _____ SEXE M F IDENTIFICATION DU DONNEUR _____

DATE DE NAISSANCE _____ ADRESSE DU DONNEUR _____

(AAAA/MM/JJ)

Motif de la requête

- PRÉ-EMPLOI
- PENDANT L'EMPLOI
- POST ACCIDENT

AUTRES: _____

Analyses

- Profil 7 drogues** [Cocaïne, Opiacées, Cannabis, Amphétamines, Phencyclidine, Barbituriques, Benzodiazépines] (DA7B)
- Profil 6 drogues (avec cannabis)** [Cocaïne, Opiacées, Amphétamines, Phencyclidine, Cannabis, Benzodiazépines] (DA6B50)
- Profil 6 drogues (avec éthanol)** [Cocaïne, Opiacées, Amphétamines, Phencyclidine, Éthanol, Benzodiazépines] (DA6E)
- Profil 5 drogues** [Cocaïne, Opiacées, Cannabis, Amphétamines, Phencyclidine] (DAUB50)
- Profil 4 drogues** [Amphétamines, Cannabis, Cocaïne, Opiacées] (DAU450)
- Amphétamines (AMPH)
- Barbituriques (UBAR)
- Benzodiazépines (BENZ)
- Cannabinoïdes (Cannabis) (CN50)
- Cocaïne (COKE)
- Éthanol (UETH)
- Serum Ethanol (SETH)
- Methadone (UMDN)
- Opiacées (OPIT)
- Phencyclidine (PCP)
- Propoxyphene (UPXP)
- Autre: _____

Spécifiez les médicaments que le donneur prend actuellement ou a pris depuis les 14 derniers jours:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

À COMPLÉTER PAR LE DONNEUR :

Je certifie par la présente que l'échantillon d'urine identifié sur ce formulaire est le mien; qu'il a été fraîchement prélevé, qu'en aucune façon il a été falsifié et que les renseignements d'identification fournis sur ce formulaire ainsi que sur le flacon de prélèvement sont exacts. Je consens à ce que cet échantillon soit remis au laboratoire désigné par le requérant, soit les Laboratoires CDL, pour vérifier et/ou dépister toute falsification ainsi qu'à effectuer l'analyse de l'échantillon dans le cadre des analyses requises sur la présente formule; De plus, j'autorise la divulgation des résultats de ce test à la personne désignée par le requérant.

SIGNATURE DU DONNEUR

DATE

TEMPÉRATURE DE L'ÉCHANTILLON

Lu dans un délai de 4 minutes Oui Non
La température se situe entre 32.0°C – 38.0°C Oui Non
90.0°F – 100.00°F Oui Non

Si non, inscrire 1. la température de l'échantillon : _____°C
2. prendre la température corporelle : _____°C

Couleur _____ Clarté _____

Quantité Aliquot A : _____ (minimum 30mL)

Quantité Aliquot B : _____ (minimum 15 mL)

ATTESTATION DU RESPONSABLE DU PRÉLÈVEMENT :

Je certifie par la présente que l'échantillon identifié sur ce formulaire est réellement celui qui m'a été remis par le donneur, lequel a signé l'attestation de ce même formulaire, et que cet échantillon porte l'identification inscrite ci-haut, qu'il a été recueilli, étiqueté et fermé hermétiquement en présence du donneur. De plus, je certifie aussi que l'échantillon m'a été remis en main propre par le donneur, et qu'il vous sera expédié, dûment scellé, à votre laboratoire par :

Nom : _____

Signature _____

Date _____

VALIDATION DU SPÉCIMEN (LABORATOIRE)

Spécimen adéquatement scellé à la réception Oui Non

Initiales/Date : _____

ÉCHANTILLON REMIS PAR	REÇU PAR Initiales/Date/Heure	RAISON DE CHANGEMENT
		Prélèvement
	Courrier de CDL	Transport
Courrier de CDL		Entrée de données
		Étiquetage
		Analyse
		Entreposage
De l'entreposage		Jeter

Signature du Médecin : _____

Blanc (Copie du Laboratoire)

Jaune (Copie du requérant)

Rose (Copie du donneur)

RR-45-RQ-001F_01.20 (Copies Carbone 3 couleurs)

2019-Avr-11

Laboratoires CDL Inc.