

Confirmation de *Rendez-Vous* pour «Test de dépistage» Drogues & Alcool Drugs & Alcohol Appointment Confirmation Form

QUEST

Date : _____ Heure / Time : _____

Le chauffeur doit apporter pour son test / The driver needs to have for his test
(Permis de conduire & Carte d'assurance sociale/Driver licence & Social Security Card)

<p style="text-align: center;"><u>Compagnie/Company</u></p> <p>Nom/Name : _____</p> <p>Adresse/Address : _____</p> <p>_____</p> <p>Tél. : (_____) _____ Poste/Ext. : _____</p> <p>Fax : (_____) _____</p> <p>Contact : _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Raison du test/Test reason</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pré-emploi/Pre-employment</p> <p><input type="checkbox"/> Sélection au hasard/Random</p> <p><input type="checkbox"/> Après accident/Post accident</p> <p><input type="checkbox"/> Doute raisonnable/Reasonable suspicion</p>	<p style="text-align: center;"><u>Drogues-Alcool/Drugs-Alcohol</u></p> <p><input type="checkbox"/> Drogues/Drugs</p> <p><input type="checkbox"/> Alcool/Alcohol</p>
	<p style="text-align: center;"><u>AVIS/NOTICE</u></p> <p style="text-align: center;">(Direct observation Test)</p> <p><input type="checkbox"/> Retour au travail/Return to duty → TEST à faire sous observation directe</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi/Follow up → <input type="checkbox"/> Direct observation Test</p>	<p style="text-align: center;"><u>Spécifier/Specified</u></p> <p><input type="checkbox"/> DOT (Loi US/US regulations)</p> <p><input type="checkbox"/> NON-DOT (Non régis par le US) (Not for US regulations)</p>
<p style="text-align: center;"><u>Donneur (chauffeur)/Donor (driver)</u></p> <p>Nom/Name : _____</p> <p>NAS/SIN: _____</p> <p># permis de conduire/ # Driver license: _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Laboratoire/Laboratory</u></p> <p>Laboratoire/Laboratory: <u>Quest Diagnostics Account#: 20257500</u></p> <p>Adresse/Address : <u>10101 Renner blvd</u> <u>Lenexa, Kansas, 66219</u></p> <p>Tél. : <u>(800) 877 - 7484</u></p> <p>Purolator Shipping # : <u>3658224</u></p> <p>Billing to Third Party : <u>Examone Canada Inc</u> <u>25 Valleywood dr. # 7, Markham, ON. L3R 5L9</u></p>	
<p style="text-align: center;"><u>Site de collection/Collection site</u></p> <p>Nom/Name : _____</p> <p>Adresse/Address : _____</p> <p>_____</p> <p>Tél. : _____</p> <p>Fax : _____</p> <p>Contact : _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Médecin «MRO»/Medical Review Officer</u></p> <p>Médecin/«MRO» : <u>Dr. André Rivard</u></p> <p>Adresse/Address : <u>466 St-Jacques</u> <u>Napierville, Québec, J0J 1L0</u></p> <p>Tél. : <u>(450) 245 - 0005</u></p> <p>Fax : <u>(450) 245 - 0004</u></p>	
	<p style="text-align: center;"><u>Instructions</u></p> <p>SVP faxer la copie MRO (la même journée du test) Fax : 450-245-0004</p> <p>Please fax in MRO's copy (same day of the test)</p> <p>Poster au MRO <u>Copies MRO & Employeur</u></p> <p>Mail to the MRO <u>MRO & employer's copy</u></p> <p style="text-align: center;">Pour toutes questions/For any questions: 450-245-0005</p>	