

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

GAMMA-DYNACARE

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)

<u>Compagnie/Company</u> Nom/Name : _____ Adresse/Address : _____ _____ Tél. : (_____) _____ Poste/Ext. : _____ Fax : (_____) _____ Contact : _____	<u>Raison du test/Test reason</u> ☐ Pré-emploi/Pre-employment ☐ Sélection au hasard/Random ☐ Après accident/Post accident ☐ Doute raisonnable/Reasonable suspicion <u>AVIS/NOTICE</u> (Direct observation Test) ☐ Retour au travail/Return to duty → ☐ Suivi/Follow up →	<u>Drogues-Alcool/Drugs-Alcohol</u> ☐ Drogues/Drugs ☐ Alcool/Alcohol <u>Spécifier/Specified</u> ☐ DOT (Loi US/US regulations) ☐ NON-DOT (Non régis par le US) (Not for US regulations) TEST à faire sous observation directe ☐ Direct observation Test
--	--	---

<u>Donneur (chauffeur)/Donor (driver)</u> Nom/Name : _____ NAS/SIN: _____ # permis de conduire/ # Driver license: _____	<u>Laboratoire / Laboratory</u> Profirm Account # : _____ 7543 Laboratoire/Laboratory: _____ Gamma-Dynacare Medical Lab Adresse/Address : _____ 245 Pall Mall Street _____ London, ON N6A 1P4 Tél. : _____ (800) 265-5946 Purolator Shipping # : _____ 9941079
---	---

<u>Site de collection/Collection site</u> Nom/Name : _____ Adresse/Address : _____ _____ Tél. : _____ Fax : _____ Contact : _____	<u>Médecin «MRO»/Medical Review Officer</u> Médecin / «MRO» : _____ Dr. André Rivard Adresse/Address : _____ 466 St-Jacques _____ Napierville, Québec, J0J 1L0 Tél. : _____ (450) 245 - 0005 Fax : _____ (450) 245 - 0004 <u>Instructions</u> SVP faxer la copie MRO (la même journée du test) Fax : 450-245-0004 Please fax in MRO's copy (same day of the test) Poster au MRO Copies MRO & Employeur Mail to the MRO MRO & employer's copy Pour toutes questions/For any questions: 450-245-0005
--	---