

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DÉPISTAGE SALIVE

CP _____

ID _____

Nom du donneur: _____

Date de naissance: _____

- Je confirme que je n'ai pas bu ou mangé dans les 10 dernières minutes.
Inscrire l'heure de votre déclaration _____.

* * *

- J'accepte de subir les tests de drogues qui seront effectués par une personne formée pour effectuer la collecte de salive.
- Je consens à ce que les résultats soient transmis à un représentant de mon employeur qui a l'autorisation de les recevoir.

| Questions | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Dans les dernières 4 semaines | | |
| Avez-vous été mis sous anesthésie locale ou générale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous reçu des soins dentaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous pris des médicaments sous ordonnance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous pris des médicaments en vente libre (Tylenol, Advil, etc..)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous consommé des drogues? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans les derniers 8 jours | | |
| Avez-vous consulté un médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous consommé du cannabis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs de ces questions, précisez :

| Substance(s) et raison(s) | Quantité et fréquence | Date – dernière consommation |
|---------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Date : _____

Signature - donneur

Témoïn