



Medicine & Occupational Health – Global

Medication Disclosure Form 325

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Nom : | NIP : | Date : |
| Date de naissance : | Superviseur : | Téléphone du superviseur : |
| Emplacement du service de MST : | Emplacement | Travail/occupation : |
| Téléphone le jour : | Téléphone en soirée : | Adresse courriel : |

Instructions

- Dressez la liste de tous les médicaments que vous prenez et pour lesquels la Base de données mondiale des médicaments vous oblige à communiquer avec le service de MST :
- Dressez la liste de tous les médicaments et toutes les substances que vous prenez et qui n'apparaissent pas du tout dans la Base de données mondiale des médicaments :
- Si vous n'avez pas eu de nouvelles du service de MST avant de vous rendre au travail, appelez le service de MST pour vous renseigner.

| Nom du médicament | Dose | Fréquence | Motif | Depuis combien de temps le prenez-vous? | Effets secondaires actuels | Date de l'ordonnance (le cas échéant) |
|-------------------|------|-----------|-------|---|----------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VEUILLEZ IMPRIMER CE COURRIEL POUR VOS DOSSIERS

Confidentiel – Le présent document n'est pas confidentiel tant que des renseignements personnels ne sont pas inclus.

Divulquez les médicaments que vous prenez.

