



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.

