



Health
Canada

Healthy Environments and
Consumer Safety Branch

Santé
Canada

Direction générale, Santé environnementale
et sécurité des consommateurs

Protected A when completed
Protégé A une fois rempli

Office of Controlled Substances
Bureau des substances contrôlées
File No. – N° de dossier

Forgery Report Form for
Controlled Substances

Rapport de fausses ordonnances
des substances contrôlées

Name of the pharmacy or establishment – Nom de la pharmacie ou de l'établissement							
Street – Rue		City – Ville		Province		Postal code – Code postal	
Telephone number – Numéro de téléphone ()							
Date (YYYY-MM-DD) Date (AAAA-MM-JJ)	Rx No. if filled Numéro d'ordonnance si exécutée	Written Écrite	Verbal Verbale	Name of product Nom du produit	Quantity & dosage form Quantité & forme posologique	Name & address of the individual named on the prescription Nom & adresse de l'individu nommé sur l'ordonnance.	Practitioner (name & address) Praticien (nom & adresse)
<div>☐ If the prescription was not filled, briefly describe what happened and any other pertinent information Si l'ordonnance n'a pas été exécutée, décrire brièvement ce qui est survenu et fournir tout autre renseignement pertinent</div> <div>☐ For each prescription filled, name and licence number of the pharmacist who filled it. Pour chaque ordonnance exécutée, s.v.p. fournir le nom du pharmacien l'ayant exécutée ainsi que son numéro de permis d'exercice</div> <div>Attachment Yes No Pièce jointe Oui Non</div>							
Name and title of reporting pharmacist or practitioner (printed) - Nom et titre du pharmacien ou praticien qui rapporte l'incident (en caractère d'imprimerie)				Licence or permit number - Numéro de licence ou de permis		Date (YYYY-MM-DD) Date (AAAA-MM-JJ) y/a y/a y/a y/a m m d/j d/j	Signature

Submit to / Soumettre à: Office of Controlled Substances / Bureau des substances contrôlées
National Compliance Section / Section de conformité nationale
A.L./I.A. 0300B
Ottawa ON K1A 0K9
Tel: (613) 954-1541 Fax: (613) 957-0110

