



NARCOTIC/CONTROLLED DRUG LOSS/THEFT REPORT
RAPPORT DE PERTES OU DE VOL DE STUPÉFIANTS
ET/OU DE DROGUES CONTRÔLÉES

DATE OF OCCURRENCE DATE DE L'INCIDENT day — jour month — mois year — année

NAME — NOM		BUREAU USE ONLY À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT	
STREET — RUE		CITY — VILLE	
POSTAL CODE — CODE POSTAL		TELEPHONE — TÉLÉPHONE	
<input type="checkbox"/> PHARMACY PHARMACIE/PHARMACIEN		<input type="checkbox"/> HOSPITAL HÔPITAL	
<input type="checkbox"/> DEALER DISTRIBUTEUR		<input type="checkbox"/> PRACTITIONER PRATICIEN	
<input type="checkbox"/> OTHER (specify) AUTRES (préciser) _____		<input type="checkbox"/> OTHER (specify) AUTRES (préciser) _____	
TYPE OF LOSS (Check (✓) appropriate box) — TYPE DE PERTE (cocher (✓) la case appropriée)			
<input type="checkbox"/> BREAK AND ENTRY VOL PAR EFFRACTION		<input type="checkbox"/> GRAB THEFT VOL À LA SAUVETTE	
<input type="checkbox"/> ARMED ROBBERY VOL À MAIN ARMÉE		<input type="checkbox"/> UNEXPLAINED PERTE INEXPLIQUÉE	
<input type="checkbox"/> PILFERAGE CHAPARDAGE		<input type="checkbox"/> LOSS IN TRANSIT PERTE EN COURS DE ROUTE	
<input type="checkbox"/> OTHER (specify) AUTRES (préciser) _____		<input type="checkbox"/> YES OUI	
HAS THIS BEEN REPORTED TO THE POLICE? CETTE PERTE A-T-ELLE ÉTÉ SIGNALÉE À LA POLICE?		<input type="checkbox"/> NO NON	
DETAILS:			
FOR BREAK AND ENTRY — LORS D'UN VOL PAR EFFRACTION			
POINT OF ENTRY? POINT D'ENTRÉE?			
TYPE OF ALARM? TYPE D'ALARME? <input type="checkbox"/> CENTRAL CENTRALE <input type="checkbox"/> LOCAL LOCALE <input type="checkbox"/> NONE AUCUNE			
TYPE OF SAFE/ SECURITY CABINET TYPE DE COFFRE-FORT OU DE CABINET DE SÉCURITÉ			
WERE DRUGS TAKEN FROM SAFE/SECURITY CABINET? LES DROGUES ONT-ELLES ÉTÉ PRISES DU COFFRE-FORT OU DU CABINET DE SÉCURITÉ? <input type="checkbox"/> YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON			
ARE ADDITIONAL SECURITY MEASURES BEING TAKEN TO PREVENT FURTHER LOSSES? IF SO, PLEASE BRIEFLY DESCRIBE: MESURES DE SÉCURITÉ ADDITIONNELLES SONT-ELLES PRISES POUR PRÉVENIR D'AUTRES PERTES? SI OUI, DÉCRIVEZ-LES BRIÈVEMENT:			
FOR LOSS IN TRANSIT — LORS D'UNE PERTE EN COURS DE ROUTE			
NAME OF TRANSPORT COMPANY — NOM DE LA COMPAGNIE DE TRANSPORT			
LIST OF DRUGS LOST OR STOLEN (Use a separate page if necessary) LISTE DES DROGUES PERDUES OU VOLÉES (Annexez une autre page, au besoin)			
QUANTITY QUANTITÉ	DRUG DROGUE	QUANTITY QUANTITÉ	DRUG DROGUE
ATTACHMENT PIÈCE JOINTE <input type="checkbox"/> YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON			
SIGNATURE		NAME AND TITLE OF OFFICIAL NOM ET TITRE DU RESPONSABLE	
		DATE	

HPB 3131 (6-87)

Submit one copy by mail or fax to:

➤ Compliance, Monitoring and Liaison Division, Office of Controlled Substances
 Drug Strategy and Controlled Substances Programme
 Health Canada, Address Locator: 3502B, Ottawa, ON, K1A 1B9,
 Fax: (613) 957-0110, Phone: (613) 954-1541

➤ Retain one copy in the pharmacy

➤ Manitoba Pharmaceutical Association, 200 Tache Avenue
 Winnipeg, MB R2H 1A7 - Fax: (204)237-3468