

**Loss or Theft Report Form for
Controlled Substances and Precursors**

**Rapport de pertes ou de vols des
substances contrôlées et précurseurs**

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

Name – Nom _____ Date _____
y/a | y/a | y/a | y/a | m | m | d/j | d/j

Street – Rue _____ City – Ville _____ Province _____ Postal Code – Code postal _____ Telephone number – Numéro de téléphone _____
 ()

Pharmacy / Pharmacie Hospital / Hôpital Practitioner / Praticien Licensed Dealer / Distributeur autorisé Licence Number: / Numéro de licence : _____

Registered Dealer / Distributeur inscrit Registration Number: / Numéro d'inscription : _____ Other (specify) / Autre (préciser) → _____

Type of Loss – Type de perte

Break and entry / Vol par effraction Pilferage / Chapardage Loss unexplained / Perte inexpiquée Armed Robbery / Vol à main armée Grab theft / Vol à la sauvette Loss in transit / Perte durant le transport

Other (specify) / Autre (préciser) → _____

Has this been reported to the police? / Cette perte a-t-elle été signalée à la police?
 Yes / Oui No / Non

Name of police service / Nom du corps policier _____

Incident number / Numéro de l'incident _____ Telephone Number / Numéro de téléphone () _____

Date _____
y/a | y/a | y/a | y/a | m | m | d/j | d/j

Name of investigating officer / Nom du policier responsable de l'investigation _____

Details of loss or theft discovery: / Détails de la découverte de la perte ou du vol : _____ See Attachment – voir pièce-jointe

Description of physical security measures in place (Not applicable for licensed dealers of controlled substances) / Description des mesures de sécurité physique en place (Ne s'applique pas aux distributeurs autorisés des substances contrôlées) _____ See Attachment – voir pièce-jointe

Description of security measures put in place to prevent future loss or theft / Description des mesures de sécurité mis en place pour prévenir une perte ou un vol future _____ See Attachment – voir pièce-jointe

For loss in transit – Lors d'une perte durant le transport Investigation Report Received / Le rapport de l'enquête reçu Yes / Oui No / Non

Name of transport company – Nom de la compagnie de transport _____

**List of controlled substances – precursors lost or stolen
Liste des substances contrôlées – précurseurs perdus ou volés**

Brand name and unit strength. If no brand name exists, the generic or other product name La marque nominative de la substance et sa force par unité. En l'absence de cette marque, son nom générique ou autre nom du produit	Dosage form if applicable Forme posologique s'il y a lieu	Quantity Quantité	Brand name and unit strength. If no brand name exists, the generic or other product name La marque nominative de la substance et sa force par unité. En l'absence de cette marque, son nom générique ou autre nom du produit	Dosage form if applicable Forme posologique s'il y a lieu	Quantity Quantité

*Please indicate if a separate page is attached – Veuillez indiquer s'il y a une pièce-jointe → Attachment / Pièce-jointe Yes / Oui No / Non

Name and title of official individual reporting loss or theft (printed) – Nom et titre du responsable qui rapporte la perte ou le vol (en caractère d'imprimerie) _____

License or permit number for a practitioner or pharmacist / Numéro de licence ou de permis pour un praticien ou un pharmacien → _____

Signature _____ Date _____
y/a | y/a | y/a | y/a | m | m | d/j | d/j

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

