

College of Pharmacists of Manitoba Forgery Attempt (unfilled Rx) Report Form

Submit this form, including a copy of the prescription, to the College by fax (204-237-3468)

Retain one copy in the pharmacy for at least five years.

Please note: Health Canada no longer requires unfilled prescription forgery attempts to be reported them.

If the **forgery was filled**, please visit the following link for reporting instructions: <https://cphm.ca/practice-education/quality-assurance/loss-theft-of-narcotics-and-controlled-substances/>



To fill out this form, please download and open in a PDF reader.

Name of the pharmacy – Nom de la pharmacie						
Street - Rue		City - Ville		Province	Postal Code – Code Postal	Telephone number – Numéro de téléphone
Date (YYYY-MM-DD) Date (AAAA-MM-JJ)	Written - Écrite	Verbal - Verbale	Name of Product - Nom du Produit	Quantity and Dosage Form - Quantité & Forme Posologique	Individual Named on Prescription - Nom de l'individu nommé sur l'ordonnance.	Practitioner (name & phone) Praticien (nom & Numéro de téléphone)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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					Attachment: Yes Pièce Jointe: Oui	No Non
					Reported to Local Police	
					Police Service Incident Number:	
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)	Signature	