

Notice of Adverse Test Results and Other Problems and Notice of Issue Resolution at Drinking Water Systems***Déclaration de résultats d'analyse insatisfaisants et d'autres problèmes et Avis de règlement d'une question dans les réseaux d'eau potable***

Drinking Water Systems Regulation (O. Reg. 170/03)
Règlement sur les réseaux d'eau potable (Règl. de l'Ont. 170/03)

In accordance with the Drinking Water Systems Regulation (O. Reg. 170/03), Section 16-6(3), laboratories that are licensed by the Ministry of the Environment for specific testing and drinking water system owners/operators **must immediately provide oral notification** of indicators of adverse drinking water quality and exceedances of standards as outlined in the Regulation as well as remedial actions taken.

This oral notification is provided to the Ministry of the Environment, Spills Action Centre (SAC), at **1 800 268-6060** or **416 325-3000** AND the local Medical Officer of Health.

Further, in accordance with Section 16-7(3), **within 24 hours of the oral notification**, the licensed laboratories and the drinking water system owners/operators **must provide written** notification to the Ministry of the Environment and the local Medical Officer of Health. Fax completed forms to SAC at **1 800 268-6061** or **416 325-3011** within 24 hours of the oral notification. The Laboratory completes and submits Sections 1 and 3. The Drinking Water System Owner/Operator completes and submits Section 2(a). **Note: The owner must complete and submit section 3 of the Notice for any exceedance of an operational parameter.**

Further, in accordance with section 16-9(1), **within 7 days after the issue has been resolved**, drinking water system owners/operators shall give a written notice (Section 2b of Notice) summarizing the action taken and the results achieved to the Spills Action Centre (by fax to 1 800 268-6061 or 416 325-3011) AND the local Medical Officer of Health.

Failure to notify these parties in accordance with the Regulation constitutes an offence under the *Safe Drinking Water Act*. A copy of this form may be acquired through the MOE public web site (www.ontario.ca/drinkingwater) or by contacting any MOE office.

Collection of information on this form is done in accordance with the *Safe Drinking Water Act (SDWA)*, 2002 and its regulations. Information gathered herein, including personal information, is governed by the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act (FOIPPA)* and may be disclosed to other government agencies (including municipal health unit employees) pursuant to 'Section 42' of the FOIPPA for the consistent purpose of administering any Act or program that pertains to drinking water safety. For questions and concerns, please contact the Ministry of Environment at 1 866 793-2588.

*Conformément à l'alinéa 16-6(3) du Règlement sur les réseaux d'eau potable (Règl. de l'Ont. 170/03), les laboratoires titulaires d'un permis délivré par le ministère de l'Environnement pour des analyses précises, et les propriétaires/exploitants de réseaux d'eau potable **doivent immédiatement informer oralement** la personne désignée de la présence d'un indicateur de qualité insatisfaisante de l'eau potable, de tout dépassement des normes, comme le précise le Règlement, ainsi que de toute mesure corrective prise.*

*Cette déclaration orale sera donnée au Centre d'intervention en cas de déversement (CID) du ministère de l'Environnement, au **1 800 268-6060** ou au **416 325-3000** ET au médecin-hygiéniste local.*

*En outre, conformément à l'alinéa 16-7(3), **dans les 24 heures suivants la déclaration orale**, les laboratoires autorisés et les propriétaires/exploitants de réseaux d'eau potable **doivent fournir une déclaration par écrit** au ministère de l'Environnement ainsi qu'au médecin-hygiéniste local. Une déclaration dûment complétée doit être envoyée au CID par télécopieur au **1 800 268-6061** ou au **416 325-3011** dans les 24 heures suivants la déclaration orale. Le laboratoire remplit et soumet les Sections 1 et 3. Le propriétaire/exploitant du réseau d'eau potable remplit et soumet la Section 2(a). **Remarque : Le propriétaire doit remplir et soumettre la Section 3 de la Déclaration s'il y a dépassement des paramètres d'exploitation.***

En outre, conformément à l'alinéa 16-9(1), dans les sept jours suivants la résolution de la question, les propriétaires/exploitants de réseaux d'eau potable doivent remettre au Centre d'intervention en cas de déversement une déclaration par écrit (Section 2b de la Déclaration) résumant les mesures prises et les résultats obtenus (par télécopieur au 1 800 268-6061 ou au 416 325-3011) ET au médecin-hygiéniste local.

L'omission d'informer les parties conformément au Règlement constitue une infraction en vertu de la Loi sur la salubrité de l'eau potable. On peut se procurer un exemplaire du présent formulaire sur le site Web public du MEO (www.ontario.ca/drinkingwater) ou en contactant l'un ou l'autre des bureaux du MEO.

La collecte d'informations par le biais du présent formulaire est effectuée conformément à la Loi de 2002 sur la salubrité de l'eau potable (LSEP) et à ses règlements. Les renseignements recueillis sur la présente, y compris les renseignements de nature personnelle, sont régis par la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP) et peuvent être divulgués à d'autres organismes gouvernementaux (y compris les employés des services municipaux de santé publique) conformément à l'article 42 de la LAIPVP pour exécuter toute loi ou programme lié à la salubrité de l'eau potable. Veuillez adresser toute question ou tout commentaire au ministère de l'Environnement, au 1 866 793-2588.

Note: This instruction sheet does not need to be submitted with the other forms

Remarque : Il n'est pas nécessaire de soumettre la présente feuille d'instruction avec les autres formulaires.

Drinking Water Systems Regulation (O. Reg.170/03)
Règlement sur les réseaux d'eau potable (Règl. de l'Ont. 170/03)

SECTION 1 – WRITTEN NOTICE BY LICENSED LABORATORY
SECTION 1 – DÉCLARATION ÉCRITE DU LABORATOIRE AUTORISÉ
Indicators of Adverse Water Quality
Indicateurs de qualité d'eau insatisfaisante

AWQI No. / N° de l'avis de déclaration d'une eau de mauvaise qualité :

 Microbiological /
Microbiologiques

 Physical/Chemical /
Physiques/Chimiques

 Radiological / Radiologiques

 CofA/Order / Cert. aut./Arrêté

Licensed Laboratory / Laboratoire autorisé

Licensed Laboratory Name / Nom du laboratoire

 MOE Laboratory License Number / Numéro de permis délivré au
laboratoire par le MEO

Street Number / Numéro de rue

Street Name / Nom de la rue

Unit/Suite / Unité/Bureau

City/Town / Ville/localité

Province

 Téléphone No. / N° de téléphone
() Ext

Licensed Laboratory Emergency Contact / Personne-ressource à contacter en cas d'urgence

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

 Téléphone No. / N° de téléphone
() Ext

Drinking Water System (DWS) / Réseau d'eau potable (REP)

DWS Name / Nom du REP

DWS Number / Numéro du REP

Location / Adresse

 Telephone No. of DWS / N° de téléphone du REP
() Ext

DWS Emergency Contact Name / Personne-ressource à contacter en cas d'urgence

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

 Téléphone No. / N° de téléphone
() Ext

Oral Notification to DRINKING WATER SYSTEM OWNER / Déclaration orale au PROPRIÉTAIRE DU RÉSEAU D'EAU POTABLE

Person Contacted / Personne contactée

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Position / Poste occupé

 Téléphone No. / N° de téléphone
() Ext

Fax No. / N° de téléc.

Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)

Time / Heure

Oral Notification to LOCAL MEDICAL OFFICER OF HEALTH / Déclaration orale au MÉDECIN-HYGIÉNISTE LOCAL

Public Health Unit Name / Nom du bureau de santé

Person Contacted / Personne contactée

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Position / Poste occupé

 Téléphone No. / N° de téléphone
() Ext

Fax No. / N° de téléc.

Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)

Time / Heure

Oral Notification to SPILLS ACTION CENTRE / Déclaration orale au CENTRE D'INTERVENTION EN CAS DE DÉVERSEMENT

Person Contacted / Personne contactée

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Position / Poste occupé

Person Notifying / Auteur de la déclaration

Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)

Time / Heure

**Licensed Laboratory Written Notification Prepared by (Laboratory results must be attached using Section 3 of this Notice) /
Déclaration écrite du laboratoire préparé par (les résultats d'analyse doivent être joints à l'aide de la Section 3 du présent Avis)**

Signature

Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)

Comments / Observations

**Notice of Adverse Test Results and Other
Problems and Notice of Issue Resolution at
Drinking Water Systems**
**Déclaration de résultats d'analyse
insatisfaisants et d'autres problèmes et Avis de
règlement d'une question dans les réseaux**

 Drinking Water Systems Regulation (O. Reg.170/03)
Règlement sur les réseaux d'eau potable (Règl. de l'Ont. 170/03)

SECTION 2 (A) – WRITTEN NOTICE BY DRINKING WATER SYSTEM (DWS) OWNER
SECTION 2 (A) – DÉCLARATION ÉCRITE DU PROPRIÉTAIRE DU RÉSEAU D'EAU POTABLE (REP)
**Indicators of Adverse Water Quality
Indicateurs de qualité d'eau insatisfaisante**

AWQI No. / N° de l'avis de déclaration d'une eau de mauvaise qualité :

 Microbiological / Microbiologiques
 Physical/Chemical / Physiques/Chimiques
 Radiological / Radiologiques
 CofA/Order Exceeds Limit / Cert. aut./Arrêté dépasse les limites

Indicator of Adverse Results / Indicateurs de qualité d'eau insatisfaisante
**Details of Adverse Result (parameter of concern and amount) /
Détails des résultats d'analyse insatisfaisants (paramètre visé et quantité)**
 Other Observations (Improperly disinfected water directed to water users, etc)
Autres observations (désinfection inadéquate de l'eau acheminée vers les utilisateurs, etc.)

DWS Information / Renseignements sur le REP

DWS Name / Nom du REP

DWS Number / Numéro du REP

DWS Emergency Contact Name / Personne-ressource du REP en cas d'urgence

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Position / Poste occupé

Telephone No. / N° de téléphone

()

Ext

Fax No. / N° de téléc.

Additional Comments / Observations additionnelles

Oral Notification to MEDICAL OFFICER OF HEALTH / Déclaration orale au MÉDECIN-HYGIÉNISTE

Public Health Unit Name / Nom du bureau de santé

Person Contacted / Personne contactée

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Position / Poste occupé

Telephone No. / N° de téléphone

()

Ext

Date (yyyy/mm/dd) / Date (aaaa/mm/jj)

Time / Heure

Fax No. / N° de téléc.

DWS Person Providing Oral Notification / Personne du REP qui a fait la déclaration orale

Corrective Action(s) Taken by OWNER / Mesure(s) corrective(s) prises par le PROPRIÉTAIRE

 Resample/Re-test / 2^e échantillonnage/analyse

 Yes / Oui

 No / Non

 Disinfectant Restored/Increased /
Rétablissement/accroissement de la désinfection

 Yes / Oui

 No / Non

 Flushing Mains/Pipes / Rinçage des
conduites principales et tuyaux

 Yes / Oui

 No / Non

 Users Advised to Boil/Seek Alternate Water / Avis aux utilisateurs
de faire bouillir l'eau ou d'utiliser une autre source d'eau

 Yes / Oui

 No / Non

 Other Information attached / Renseignements supplémentaires joints

OTHER: (Include Health Unit Directions) / AUTRE : (mesures prescrites par le bureau de santé)

Oral Notification to SPILLS ACTION CENTRE / Déclaration orale au CENTRE D'INTERVENTION EN CAS DE DÉVERSEMENT

Person Contacted / Personne contactée

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Position / Poste occupé

Date (yyyy/mm/dd) / Date (aaaa/mm/jj)

Time / Heure

DWS Person Providing Oral Notification / Personne du REP qui a fait la déclaration orale

Initial DWS Notification Prepared by / Déclaration initiale du REP préparée par

Signature / Signature

Date (yyyy/mm/dd) / Date (aaaa/mm/jj)



Notice of Adverse Test Results and Other Problems and Notice of Issue Resolution at Drinking Water Systems

Déclaration de résultats d'analyse insatisfaisants et d'autres problèmes et Avis de règlement d'une question dans les réseaux d'eau potable

Drinking Water Systems Regulation (O. Reg. 170/03)
Règlement sur les réseaux d'eau potable (Règl. de l'Ont. 170/03)

SECTION 2 (B) – NOTICE OF ISSUE RESOLUTION – SECTION 16-9 (O. REG. 170/03)
SECTION 2 (B) – AVIS DE RÉOLUTION DE PROBLÈME (RÈGL. DE L'ONT. 170/03)

Table with 2 columns: DWS Name / Nom du REP, DWS Contact Name / Personne-ressource du REP, DWS Number / Numéro du REP, Telephone No. / N° de téléphone, Date Resolved / Date de résolution, Date Resolution Notice Provided / Date de l'avis de résolution, Initial AWQI Number* / Numéro initial de RAIQE*

All Resample AWQI #'s** / Tous les numéros des nouveaux échantillonnages de RAIQE**

Summary of Action Taken and Results Achieved (include test results showing water quality is no longer adverse) / Résumé des mesures prises et des résultats obtenus (incluant les résultats d'analyse montrant que l'eau n'est plus de mauvaise qualité)

Table with 3 columns: Prepared by / Préparé par, Signature / Signature, Date (yyyy/mm/dd) / Date (aaaa/mm/jj)

* The original adverse test result / Résultats d'analyse initiaux montrant que l'eau est de mauvaise qualité

** When resolving an AWQI state all resample AWQI #'s associated with the initial AWQI. For example, if there is an adverse test result of Total Coliform one of the corrective actions is to resample. If the resample came back adverse then you resample again. You need to continue to resample until the test results for two consecutive sets of samples taken 24 to 48 hours apart are clear or as directed by the Medical Officer of Health. At this point, the incident is resolved. Submit the AWQI form and include all related AWQI #'s (Initial AWQI # and any Resample AWQI #) on the same Section 2(B) form. This eliminates the requirement to submit a Section 2(B) form for every adverse test result associated with one incident. If the first resample test result is clear then this section does not apply. / Lors de la résolution de RAIQE, précisez tous les numéros des échantillonnages liés au RAIQE initial. Par exemple, si l'on obtient des résultats d'analyse indiquant une quantité inacceptable de coliformes totaux, l'une des mesures correctives consiste à procéder à un nouvel échantillonnage. Si l'échantillonnage indique également une eau de mauvaise qualité, l'on procède à un échantillonnage additionnel. Il convient de continuer à prélever des échantillons jusqu'à ce que les résultats de l'analyse de deux ensembles d'échantillons prélevés à un intervalle de 24 à 48 heures soient satisfaisants, ou encore selon les directives du médecin-hygiéniste. L'incident est alors résolu. Soumettre le formulaire de RAIQE et inclure tous les numéros de RAIQE pertinent (le numéro initial et les numéros de tout autre échantillon) à la Section 2(B) du même formulaire. Cela élimine la nécessité de soumettre un nouveau formulaire de la Section 2(B) pour chaque résultat d'analyse insatisfaisant associé à un incident unique. Si les résultats de l'analyse des nouveaux échantillons sont satisfaisants, cette section ne s'applique pas.

**Notice of Adverse Test Results and Other Problems and Notice of Issue Resolution
at Drinking Water Systems**
**Déclaration de résultats d'analyse insatisfaisants et d'autres problèmes et Avis de
règlement d'une question dans les réseaux d'eau potable**

Drinking Water Systems Regulation (O. Reg. 170/03) / Règlement sur les réseaux d'eau potable (Règl. de l'Ont. 170/03)

SECTION 3 – ADVERSE ANALYTICAL RESULTS / SECTION 3 – RÉSULTATS D'ANALYSE INSATISFAISANTS

AWQI No. / N° de l'avis de déclaration d'une eau de mauvaise qualité:

Microbiological Testing / Analyse microbiologique

Laboratory Submission ID / Identification du laboratoire	Laboratory Sample ID / Identification de l'échantillon du laboratoire	Date/Time – Sample Collected (yyyy/mm/dd) / Date et heure – Collecte de l'échantillon (aaaa/mm/jj)	Sample Type and Sample Location / Type et provenance de l'échantillon		Count / 100 mL / Nombre le plus probable/100 mL		P-A / 100mL Confirmed / P-A/100 mL confirmé	Date Data Approved (yyyy/mm/dd) / Date – données approuvées (aaaa/mm/jj)	Chlorine Residual (mg/l)*** / Résidu chloré (mg/L)*** F- Free / L-libre C-Combined / C- combiné
			U / N	Untreated* / Non traité*	Total Coliforms (TC) / Coliformes totaux (CT)	E. coli (EC) / E. coli (EC)			
			T	Treated** / Traité**					
			D	Distribution / Distribution					
			<input type="checkbox"/> U/N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D				TC / CT <input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/>		F / L <input type="checkbox"/> mg/L C <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> U/N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D				TC / CT <input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/>		F / L <input type="checkbox"/> mg/L C <input type="checkbox"/>

Physical/Chemical/Radiological Testing / Analyses physiques/chimiques/radiologiques

Laboratory Submission ID / Identification du laboratoire	Laboratory Sample ID / Identification de l'échantillon du laboratoire	Date/Time – Sample Collected (yyyy/mm/dd) / Date et heure de la collecte de l'échantillon (aaaa/mm/jj)	Sample Type and Sample Location		Parameter / Paramètre	Result(s)**** / Résultat(s) ****	Units of Measure / Unité de mesure	Standard / Norme	Date Data Approved (yyyy/mm/dd) Date – données approuvées (aaaa/mm/jj)
			U / N	Untreated* / Non traité*					
			T	Treated** / Traité**					
			D	Distribution / Distribution					
			<input type="checkbox"/> U/N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D						
			<input type="checkbox"/> U/N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D						

Authorization / Autorisation

Signature	Name / Nom	Date	YYYY / AAAA	MM / MM	DD / JJ
-----------	------------	------	-------------	---------	---------

- * **Only** for Drinking Water Systems that obtained exemptions from treatment requirements under O. Reg. 170/03. / * **Seulement** pour les réseaux d'eau potable ayant obtenu une exemption de traitement en vertu du Règl. de l'Ont. 173/03.
- ** Refers to treated water samples collected downstream of treatment equipment. / ** *Fait référence aux échantillons d'eau traitée recueillis en aval de l'installation d'épuration.*
- *** Indicate Free or Combined Chlorine Residual in mg/l for treated drinking water. Enter N/A if no chlorination is provided. / *** *Indique un résidu chloré libre ou combiné en mg/L d'eau potable traitée. En l'absence de chloration, inscrire S/O.*
- **** If you are reporting Trihalomethanes, please include the **quarterly** sample result followed by the **calculated** running annual average value. / **** *Si vous déclarez des trihalométhanes, veuillez inclure les résultats d'analyse trimestrielle, suivis de la valeur moyenne mobile annuelle calculée.*