

Preenchimento do Formulário de Controle de Dopagem (FCD)

*principais pontos



**AUTORIDADE
BRASILEIRA DE
CONTROLE DE
DOPAGEM**

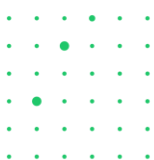
#jogolimpo

SECRETARIA ESPECIAL DO
ESPORTE

MINISTÉRIO DA
CIDADANIA



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



Formulário de Controle de Dopagem (FCD)

[illegible]

É importante que o nome do atleta seja escrito de forma legível e da mesma maneira que está disposto no documento de identificação (não o apelido).

Frequentemente os 3 primeiros campos serão preenchidos com “ABCD”. Verificar o que foi indicado na ordem de teste.

O campo Coordenador de Controle de Dopagem deve conter o nome da entidade descrita na ordem de teste.

FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM
DOPING CONTROL FORM

AUTORIDADE BRASILEIRA DE CONTROLE DE DOPAGEM
#jogolimpico

AUTORIDADE DE TESTE
TESTING AUTHORITY
ABCD

AUTORIDADE DE COLETA DE AMOSTRA
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY
ABCD

AUTORIDADE DE GESTÃO DE RESULTADOS
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY
ABCD

COORDENADOR DE CONTROLE DE DOPAGEM
DOPING CONTROL COORDINATOR

1. NOTIFICAÇÃO DO ATLETA • ATHLETE NOTIFICATION

SOBRENOME
FAMILY NAME

NOME
GIVEN NAME

DATA DE NASCIMENTO
DATE OF BIRTH
DIA/DAY MÊS/MONTH ANO/YEAR

NACIONALIDADE
NATIONALITY

TIPO DE AMOSTRA REQUERIDA
TYPE OF SAMPLE REQUIRED
URINA URINE SANGUE BLOOD OSS DBS

DATA
DATE
DIA/DAY MÊS/MONTH ANO/YEAR

TIPO DE DOCUMENTO
DOCUMENT TYPE

HORÁRIO
TIME
HORAS HOURS MINUTOS MINUTES

NOME DO OCD/ESCOLTA
DCO/CHAPERONE NAME

ASSINATURA DO OCD/ESCOLTA
DCO/CHAPERONE SIGNATURE

EU DECLARO QUE RECEBI E LI ESTA NOTIFICAÇÃO, INCLUINDO O TEXTO SOBRE OS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO ATLETA NO VERSO DA CÓPIA 4 DESTA DOCUMENTO E AUTORIZO FORNECER AMOSTRA(S) CONFORME SOLICITADO (EU ENTENDO QUE A FALHA OU A RECUSA EM FORNECER UMA AMOSTRA PODE CONSTITUIR EM UMA VIOLAÇÃO DA REGRA ANTIDOPAGEM).

ASSINATURA DO ATLETA • ATHLETE'S SIGNATURE

Marcar com um X o tipo de controle requisitado “ Urina, Sangue ou Dispositivo para Sangue Seco ”

Preencher com o formato de 24hs



FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM **DOPING CONTROL FORM**



AUTORIDADE DE TESTE TESTING AUTHORITY	
AUTORIDADE DE COLETA DE AMOSTRA SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	
AUTORIDADE DE GESTÃO DE RESULTADOS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	
COORDENADOR DE CONTROLE DE DOPAGEM DOPING CONTROL COORDINATOR	

1. NOTIFICAÇÃO DO ATLETA • ATHLETE NOTIFICATION

SOBRENOME FAMILY NAME		NOME GIVEN NAME		DATA DE NASCIMENTO DATE OF BIRTH		
				DIA/DAY MÊS/MONTH ANO/YEAR		
NACIONALIDADE NATIONALITY		TIPO DE DOCUMENTO DOCUMENT TYPE				
TIPO DE AMOSTRA REQUERIDA TYPE OF SAMPLE REQUIRED		DATA DATE		HORÁRIO TIME		
URINA SANGUE DSS URINE BLOOD DBS		DIA/DAY MÊS/MONTH ANO/YEAR				
NOME DO OCD/ESCOLTA DCO/CHAPERONE NAME						
ASSINATURA DO OCD/ESCOLTA DCO/CHAPERONE SIGNATURE						
EU DECLARO QUE RECEBI E LI ESTA NOTIFICAÇÃO, INCLUINDO O TEXTO SOBRE OS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO ATLETA NO VERSO DA CÓPIA 4 DESTA DOCUMENTO E AUTORIZO FORNECER AMOSTRA(S) CONFORME SOLICITADO (EU ENTENDO QUE A FALHA OU A RECUSA EM FORNECER UMA AMOSTRA PODE CONSTITUIR EM UMA VIOLAÇÃO DA REGRA ANTIDOPAGEM). I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE OVERLEAF OF COPY 4, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).						
ASSINATURA DO ATLETA • ATHLETE'S SIGNATURE						

Nome do OCD ou Escolta
(Letra de Forma)

Assinatura do OCD ou
Escolta

Assinatura do Atleta

Preencher com o
formato de 24hs

Tentar colocar o endereço completo do Atleta incluindo
o CEP, que é muito importante para localização, já que
os nomes de ruas são iguais em todo Brasil.

2. INFORMAÇÕES DO ATLETA • ATHLETE INFORMATION

<input type="text"/> HORA DE CHEGADA A ESTAÇÃO DE CONTROLE DE DOPAGEM ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION	ENDEREÇO ADDRESS	NÚMERO/RUA • NUMBER/STREET		CIDADE • CITY	ESTADO • STATE	NOME DO MÉDICO • - DOCTOR'S NAME
	PAÍS • COUNTRY	NÚMERO DE TEL. (Incl. Código do país) • CONTACT TEL. (Incl. Country Code)			E-MAIL	NOME DO TÉCNICO • COACH'S NAME

Colocar o nome com sobrenome
e não utilizar apelidos.

**Indicar se o exame é
Em-Competição ou
Fora-de -competição**

Colocar a data do Controle

Preencher com o código da missão retirado da ordem de teste

**Marcar um X
em
U para urina,
S para sangue
Ou D para
Dispositivo de
sangue seco**

3. INFORMAÇÃO PARA ANÁLISES • INFORMATION FOR ANALYSIS																
EM COMPETIÇÃO IN COMPETITION		<input type="checkbox"/>		FORA DE COMPETIÇÃO OUT OF COMPETITION		<input type="checkbox"/>		DATA DA COLETA DA AMOSTRA SAMPLE COLLECTION DATE				GÊNERO GENDER				
								DIA/DAY		MES/MONTH		ANO/YEAR				
ESPORTE SPORT		Athletics		DISCIPLINA DISCIPLINE		Sprint 400m or less		FABRICANTE DO EQUIPAMENTO EQUIPMENT MANUFACTURER				MODELO DE EQUIPAMENTO PARA AMOSTRAS DBS MODEL OF EQUIPMENT FOR DBS SAMPLES				
AMOSTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE																
								NÚMERO DA AMOSTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE NUMBER		VOL. (ml)		HORA DA SELAGEM TIME SEALED		INICIAIS DO ATLETA/DCO ATHLETE/DCO INITIALS		
TPO AMOSTRA SAMPLE TYPE		VOL. (ml)		HORA DA SELAGEM TIME SEALED		NÚMERO DO CÓDIGO DA AMOSTRA SAMPLE CODE NUMBER		DENSIDADE SPECIFIC GRAVITY		NOME DA TESTEMUNHA DA AMOSTRA DE URINA/DCS - NOME DO DCO URINE SAMPLE WITNESS/DCO/DBS - DCO NAME				NOME DA TESTEMUNHA DA AMOSTRA DE URINA/DCS - ASSINATURA DO DCO URINE SAMPLE WITNESS/DCO/DBS - DCO SIGNATURE		
U						A/B		1.0								
D																
U						A/B		1.0								
D																
U						A/B		1.0								
D																
U						A/B		1.0								
D																
DECLARAÇÃO DE USO DE MEDICAMENTOS E TRANSFUÇÕES DE SANGUE. LISTE TODOS OS MEDICAMENTOS OU SUPLEMENTOS, POR EXEMPLO AGONISTAS BETA 2 E GLUCOCORTICÓIDES, COM OU SEM PRESCRIÇÃO, INGERIDOS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS (INCLUIR A DOSAGEM E A DATA DA ÚLTIMA INGESTÃO, SEMPRE QUE POSSÍVEL) E (SE UMA AMOSTRA DE SANGUE FOI COLETADA) QUALQUER TRANSFUÇÃO DE SANGUE RECEBIDAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES. DECLARATION OF MEDICATIONS USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONIST AND GLUCOCORTICOIDES, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN IF IS POSSIBLE) AND (IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED) ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS.																
FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR (EX. PBA) SUPPLEMENTARY REPORT FORM (E.G. ABP)																
NÚMERO • NUMBER																
CONSENTIMENTO PARA PESQUISA (OPCIONAL) • CONSENT FOR RESEARCH (OPTIONAL)																
ACEITO QUE MINHA AMOSTRA SEJA USADA EM PESQUISAS ANTIDOPING E ENTENDO QUE NÃO SERÁ MAIS IDENTIFICÁVEL COMO MINHA AMOSTRA QUANDO USADA PARA ESTE PROPÓSITO (COMO DESCRITO NA ÚLTIMA PÁGINA). A PESQUISA AJUDA A ENCONTRAR NOVOS MÉTODOS DE DETECÇÃO DE DOPAGEM. O QUE VOCE DECIDIU, NÃO AFETARÁ SEU CONTROLE DE DOPAGEM. • I CONSENT MY SAMPLE BEING USED IN ANTI-DOPING RESEARCH AND UNDERSTAND THAT IT WILL NO LONGER BE IDENTIFIABLE AS MY SAMPLE WHEN USED FOR THIS PURPOSE (AS DESCRIBED ON THE LAST PAGE). RESEARCH HELPS FIND NEW WAYS TO PREVENT AND DETECT DOPING. WHATEVER YOU DECIDE, IT WON'T AFFECT YOUR DOPING CONTROL.																
EU ACEITO I ACCEPT																
EU RECUSO I REFUSE																

Volume da urina
menor que
90 ml

Hora da
coleta

Número do
frasco

Densidade da
Amostra
maior que 1005

TIPO AMOSTRA SAMPLE TYPE	VOL. (ml)	HORA DA SELAÇÃO TIME SEALED	NÚMERO DO CÓDIGO DA AMOSTRA SAMPLE CODE NUMBER	DENSIDADE SPECIFIC GRAVITY	NOME DA TESTEMUNHA DA AMOSTRA DE URINA/OCS/OSS - NOME DO OCO URINE SAMPLE WITNESS/OCS/OSS - BCO NAME	NOME DA TESTEMUNHA DA AMOSTRA DE URINA/OCS/OSS - ASSINATURA DO PDB URINE SAMPLE WITNESS/OCS/OSS - BCO SIGNATURE
U S D		A/B		1.0		
U S D		A/B		1.0		
U S D		A/B		1.0		
U S D		A/B		1.0		

Só declarar se houver
relatório suplementar

DECLARAÇÃO DE USO DE MEDICAMENTOS E TRANSUSÕES DE SANGUE: LISTE TODOS OS MEDICAMENTOS OU SUPLEMENTOS, POR EXEMPLO AGONISTAS BETA 2 E GLUCOCORTICÓIDES, COM OU SEM PRESCRIÇÃO, INGERIDOS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS (INCLUIR A DOSAGEM E A DATA DA ÚLTIMA INGESTÃO, SEMPRE QUE POSSÍVEL) E (SE UMA AMOSTRA DE SANGUE FOI COLETADA) QUALQUER TRANSUSÕES DE SANGUE RECEBIDAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES.
DECLARATION OF MEDICATIONS USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONIST AND GLUCOCORTICOIDES, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN IF IS POSSIBLE) AND (IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED) ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS.

Preencher em caso de uso de medicamentos

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR (EX. PBA)
SUPPLEMENTARY REPORT FORM (E.G. ABP)

NÚMERO • NUMBER

CONSENTIMENTO PARA PESQUISA (OPCIONAL) • CONSENT FOR RESEARCH (OPTIONAL)

ACEITO QUE MINHA AMOSTRA SEJA USADA EM PESQUISAS ANTIDOPAGEM E ENTENDO QUE NÃO SERÁ MAIS IDENTIFICÁVEL COMO MINHA AMOSTRA QUANDO USADA PARA ESTE PROPÓSITO (COMO DESCRITO NA ÚLTIMA PÁGINA). A PESQUISA AJUDA A ENCONTRAR NOVOS MANEIRAS DE EVITAR E DETECTAR DOPAGEM - O QUE VOCE DECIDIR, NÃO AFETARÁ SEU CONTROLE DE DOPAGEM. • I CONSENT MY SAMPLE BEING USED IN ANTI-DOPING RESEARCH AND UNDERSTAND THAT IT WILL NO LONGER BE IDENTIFIABLE AS MY SAMPLE WHEN USED FOR THIS PURPOSE (AS DESCRIBED ON THE LAST PAGE). RESEARCH HELPS FIND NEW WAYS TO PREVENT AND DETECT DOPING- WHATEVER YOU DECIDE, IT WON'T AFFECT YOUR DOPING CONTROL.

EU ACEITO
I ACCEPT

☐

EU RECUSO
I REFUSE

☐

Comentário sobre o procedimento da coleta.
Preencher o relatório suplementar caso
precise de mais espaço.

Horário de Finalização da
Sessão de Controle de
Dopagem

4. CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE TESTE DE URINA E/OU DE SANGUE E/OU TESTE DSS • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD AND/OR DBS TESTING

COMENTÁRIOS: QUAISQUER COMENTÁRIOS DEVEM SER REGISTRADOS NESTE ESPAÇO. SE NECESSÁRIO, CONTINUE NO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR.
COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR? ☐ NÚMERO • NUMBER

REPRESENTANTE DO ATLETA • ATHLETE REPRESENTATIVE

NOME • NAME

FUNÇÃO • POSITION

ASSINATURA • SIGNATURE

OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER

NOME • NAME

ASSINATURA • SIGNATURE

DATA
DATE

DIA/DAY

MÊS/MONTH

ANO/YEAR

HORÁRIO DE FINALIZAÇÃO
TIME OF COMPLETION

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES POR MIM OFERECIDAS, NESTE DOCUMENTO, ESTÃO CORRETAS. EU AFIRMO QUE, SUJEITO AOS COMENTÁRIOS FEITOS NA SEÇÃO 4, A COLETA DE AMOSTRAS FOI CONDUZIDA DE ACORDO COM OS PROCEDIMENTOS ADEQUADOS PARA A COLETA DE AMOSTRAS. EU LI E ENTENDEI O TEXTO DE PRIVACIDADE DO CONTROLE DE DOPAGEM (NO VERSO DA FOLHA) EXPLORANDO COMO MINHAS INFORMAÇÕES PESSOAIS SERÃO PROCESSADAS EM RELAÇÃO A ESTA SESSÃO DE COLETA DE AMOSTRA E ACEITO SEUS TERMOS.
I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I DECLARE THAT, ACCORDING TO COMMENTS MADE ON SECTION 4, THE SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES FOR THE SAMPLE COLLECTION. I ACCEPT THAT ALL INFORMATION RELATED TO THE DOPING CONTROL, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS, SHALL BE SHARED WITH THE RELEVANT BODIES IN ACCORDANCE WITH THE WORLD ANTI-DOPING CODE. I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE TEXT OVERLEAF, AND I AGREE TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.

ASSINATURA DO ATLETA • ATHLETE'S SIGNATURE

DENUNCIE A DOPAGEM NO ESPORTE: denuncia@abcd.gov.br • REPORT DOPING IN SPORT: speakup.wada-ama.org

ORIGINAL - ABCD - BRANCO
ORIGINAL - ABCD - WHITE

CÓPIA 1 - ATLETA - ROSA
COPY 1 - ATHLETE - PINK

CÓPIA 2 - LABORATÓRIO - AMARELO
COPY 2 - LABORATORY - YELLOW

CÓPIA 3 - LABORATÓRIO - AZUL
COPY 3 - LABORATORY - BLUE

CÓPIA 4 - NOTIFICAÇÃO DO ATLETA - LARANJA
COPY 4 - ATHLETE NOTIFICATION - ORANGE

MOD. - OP 001 - FORMULÁRIO
DE CONTROLE DE DOPAGEM

Testemunhas da coleta de urina, responsável pela
coleta de sangue ou pelo atleta e OCD.

Diretoria Técnica



**AUTORIDADE
BRASILEIRA DE
CONTROLE DE
DOPAGEM**

#jogolimpo

SECRETARIA ESPECIAL DO
ESPORTE

MINISTÉRIO DA
CIDADANIA



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL