

Preenchimento do Formulário de Controle de Dopagem (FCD)

*principais pontos

das regras

jogolimpo



AUTORIDADE
BRASILEIRA DE
CONTROLE DE
DOPAGEM

#jogolimpo

SECRETARIA ESPECIAL DO
ESPORTE MINISTÉRIO DA
CIDADANIA





Formulário de Controle de Dopagem (FCD)

FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM DOPING CONTROL FORM			INFORMAÇÕES DE FASES STAGES OF THE PROCESS INSTRUÇÕES DO COLETO DE SANGUE SAMPLE COLLECTION INSTRUCTIONS INSTRUÇÕES DE COLETO DE URINA SAMPLE COLLECTION INSTRUCTIONS INSTRUÇÕES DE COLETO DE ESPRÉS SAMPLE COLLECTION INSTRUCTIONS
1. NOTIFICAÇÃO DO ATLETA • ATHLETE NOTIFICATION		DATA DA NOTIFICAÇÃO NOTIFICATION DATE DATA DE AVISOS NOTIFICATION DATE DATA DE AVISOS NOTIFICATION DATE	
SOBRENOME / LAST NAME NOME / FIRST NAME SOBRENOME / LAST NAME NOME / FIRST NAME		TIPO DE DOCUMENTO DOCUMENT TYPE TIPO DE DOCUMENTO DOCUMENT TYPE	
NACIONALIDADE COUNTRY TIPO DE CAMPANHA TYPE OF CAMPAIGN		DATA DE Nascimento BIRTH DATE DATA DE Nascimento BIRTH DATE DATA DE Nascimento BIRTH DATE	
RESIDÊNCIA RESIDENCE RESIDÊNCIA RESIDENCE RESIDÊNCIA RESIDENCE		RESIDÊNCIA RESIDENCE RESIDÊNCIA RESIDENCE RESIDÊNCIA RESIDENCE	
ENDEREÇO ADDRESS ADRESSE ENDRESCO ENDRESCO ENDRESCO		ENDEREÇO ADDRESS ADRESSE ENDRESCO ENDRESCO ENDRESCO	
ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA ISSUING ADDRESS ADRESSE D'ÉMISSION DE LA LETTRE ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA		ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA ISSUING ADDRESS ADRESSE D'ÉMISSION DE LA LETTRE ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA ENDERECO DE EMISSÃO DA CARTA	
ASSINATURA DO ATLETA ATHLETE SIGNATURE SIGNATURE DE L'ATHLET ASSINATURA DO ATLETA ASSINATURA DO ATLETA ASSINATURA DO ATLETA		ASSINATURA DO ATLETA ATHLETE SIGNATURE SIGNATURE DE L'ATHLET ASSINATURA DO ATLETA ASSINATURA DO ATLETA ASSINATURA DO ATLETA	
2. INFORMAÇÕES DO ATLETA • ATHLETE INFORMATION			
RESPOSTAS ANSWERS RÉPONSES RESPOSTAS RESPOSTAS RESPOSTAS			
3. INFORMAÇÃO PARA ANÁLISES • INFORMATION FOR ANALYSIS			
RESPOSTAS ANSWERS RÉPONSES RESPOSTAS RESPOSTAS RESPOSTAS			
4. CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE TESTE DE URINA E/OU DE SANGUE E/OU TESTE DOS CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD AND/OR LIMS TESTING			
RESPOSTAS ANSWERS RÉPONSES RESPOSTAS RESPOSTAS RESPOSTAS			



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											
1. NOTIFICAÇÃO DO ATLETA • ATHLETE NOTIFICATION											
SOBRENOME FAMILY NAME		NOME GIVEN NAME		DATA DE NASCIMENTO DATE OF BIRTH							
NACIONALIDADE NATIONALITY				DIA/DAY MÊS/MONTH ANO/YEAR							
TIPO DE AMOSTRA TYPE OF SAMPLE		REQUERIDA REQUIRED		URINA URINE		SANGUE BLOOD		DSS DBS		TIPO DE DOCUMENTO DOCUMENT TYPE	
				01		02		2022		HORÁRIO TIME	
				DIA/DAY		MÊS/MONTH		ANO/YEAR		18 10	
NOME DO OCD/ESCOLTA DCO/CHAPERONE NAME										EU DECLARO QUE RECEBI E LI ESTA NOTIFICAÇÃO, INCLUINDO O TEXTO SOBRE OS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO ATLETA NO VERSO DA CÓPIA 4 DESTE DOCUMENTO E AUTORIZO FORNECER AMOSTRA(S) CONFORME SOLICITADO (EU ENTENDO QUE A FALTA OU A RECUSA EM FORNECER UMA AMOSTRA PODE CONSTITUIR EM UMA VIOLAÇÃO DA REGRAS ANTIDOPAGEM).	
ASSINATURA DO OCD/ESCOLTA DCO/CHAPERONE SIGNATURE										POR MEU RECONHECIMENTO, EU CONSENTO FORNECER AMOSTRA(S) CONFORME SOLICITADO (EU ENTENDO QUE A FALTA OU A RECUSA EM FORNECER UMA AMOSTRA PODE CONSTITUIR EM UMA VIOLAÇÃO DA REGRAS 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



#jogolimpio

AUTORIDADE DE TESTE
TESTING AUTHORITYAUTORIDADE DE COLETA DE AMOSTRA
SAMPLE COLLECTION AUTHORITYAUTORIDADE DE GESTÃO DE RESULTADOS
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITYCOORDENADOR 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				
NACIONALIDADE NATIONALITY	TIPO DE DOCUMENTO DOCUMENT TYPE			DIA/DAY	MÊS/MONTH	ANO/YEAR		
TIPO DE AMOSTRA REQUERIDA TYPE OF SAMPLE REQUIRED	URINA URINE	SANGUE BLOOD	DSS DBS	DATA DATE	DIA/DAY	MÊS/MONTH	ANO/YEAR	HORÁRIO TIME
NO. DO OCD/ESCOLTA DCO/CHAPERONE NAME							EU DECLARO QUE RECEBI E LI ESTA NOTIFICAÇÃO, INCLUINDO O TEXTO SOBRE OS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO ATLETA NO VERSO DA CÓPIA 4 DESTE 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 REGRAS 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 OCD/ESCOLTA DCO/CHAPERONE SIGNATURE							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

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



Colocar o nome com sobrenome e não utilizar apelidos.

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			DIA/DAY	MES/MONTH	ANO/YEAR	GÊNERO GENDER	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ESPORTE SPORT	Athletics		DISCIPLINA DISCIPLINE	Sprint 400m or less			FABRICANTE DO EQUIPAMENTO EQUIPMENT MANUFACTURER	CÓDIGO DE ORDEM DE TESTE • TESTING ORDER CODE			
AMOSTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE		NÚMERO DA AMOSTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE NUMBER	VOL. (ml)	HORA DA SELAGEM TIME SEALED	INICIAIS DO ATLETA/OCD ATHLETE/OCD INITIALS		NÚMERO DA AMOSTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE NUMBER	VOL. (ml)	HORA DA SELAGEM TIME SEALED	INICIAIS DO ATLETA/OCD ATHLETE/OCD INITIALS	
TIPO 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/OCD/DBS - NOME DO OCD URINE SAMPLE WITNESS/OCD/DBS - OCD NAME			NOME DA TESTEMUNHA DA AMOSTRA DE URINA/OCD/DBS - ASSINATURA DO OCD URINE SAMPLE WITNESS/OCD/DBS - OCD 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					
DECLARAÇÃO DE USO DE MEDICAMENTOS E TRANSFUSÕES DE SANGUE: LISTE TODOS OS MEDICAMENTOS OU SUPLEMENTOS, POR EXEMPLO AGONISTAS BETA 2 E GLUCOCORTICOIDES, 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) QUaisquer TRANSFUSÕES 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 GLUCOCORTICOIDS, 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) <small>ACEITO QUE MINHA AMOSTRA SEJA USADA EM PESQUISAS ANTIDOPAGEM E ENTENDO QUE NÃO SERÁ MAIS IDENTIFICÁVEL COM MINHA AMOSTRA QUANDO USADA PARA ESTE PROPÓSITO (COMO DESCrito NA ULTIMA PÁGINA). A PESQUISA AJUDA A ENCONTRAR NOVAS MANEIRAS DE EVITAR E DETECTAR 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.</small>											
<input type="checkbox"/> EU ACEITO I ACCEPT <input type="checkbox"/> EU RECUSO I REFUSE											

EDUCAÇÃO ANTIDOPAGEM

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 SELAGEM TIME SEALED	NÚMERO DO CÓDIGO DA AMOSTRA SAMPLE CODE NUMBER	DENSIDADE SPECIFIC GRAVITY	NOME DA TESTEMUNHA DA AMOSTRA DE URINA/OCS/DSS - NOME DO OCO URINE SAMPLE WITNESS/BCO/DBS - DCO NAME	NOME DA TESTEMUNHA DA AMOSTRA DE URINA/OCS/ DSS - ASSINATURA DO OCO URINE SAMPLE WITNESS/BCO/DBS - DCO 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 TRANSFUSÕES DE SANGUE: LISTE TODOS OS MEDICAMENTOS OU SUPLEMENTOS, POR EXEMPLO AGONISTAS BETA 2 E GLUCOCORTICOIDES, 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) QUaisquer TRANSFUSÕES 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 GLUCOCORTICOIDS, 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)

ACORDO QUE MINHA AMOSTRA SERÁ USADA EM PESQUISAS ANTIDOPAGEM E ENTENDO QUE HÁ SERÁ MAIS IDENTIFICÁVEL COMO MINHA AMOSTRA QUANDO USADA PARA ESTE PROPÓSITO (COMO DESCrito NA ÚLTIMA PÁGINA). A PESQUISA AJUDA A ENCONTRAR NOVAS MANEIRAS DE EVITAR E DETECTAR DOPING - O QUE VOCÊ 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? SUPPLEMENTARY REPORT FORM?	NÚMERO • NUMBER	
REPRESENTANTE DO ATLETA • ATHLETE REPRESENTATIVE	FUNÇÃO • POSITION	ASSINATURA • SIGNATURE		
Nome • Name				
OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER	ASSINATURA • SIGNATURE	HORÁRIO DE FINALIZAÇÃO TIME OF COMPLETION		
Nome • Name		DATA DATE	DIA/DAY MÊS/MONTH ANO/YEAR	
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 ENTENDI O TEXTO DE PRIVACIDADE DO CONTROLE DE DOPAGEM (NO VERSO DA FOLHA) EXPONDO 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



#jogolimpo

SECRETARIA ESPECIAL DO
ESPORTE

MINISTÉRIO DA
CIDADANIA

