

# **Preenchimento do Formulário de Passaporte Biológico do Atleta(FPBA)**

*\*principais pontos*

**AUTORIDADE  
BRASILEIRA DE  
CONTROLE DE  
DOPAGEM**

*#jogolimpo*



# Formulário de Passaporte Biológico do Atleta(FPBA)



PASSAPORTE BIOLÓGICO DO ATLETA - FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM		NÚMERO PBA-FRS • ABP-SRF NUMBER																																																									
<b>1. INFORMAÇÃO DA MISSÃO • MISSION INFORMATION</b> <table border="1"> <tr> <td>ÓCUPA DO NÚMERO DA MÍNISTRA SAMPLE CODE NUMBER</td> <td>ÓCUPA DE ORDEM DE TESTE TESTING ORDER CODE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> EM COMPETIÇÃO IN COMPETITION</td> <td><input type="checkbox"/> FORA DE COMPETIÇÃO OUT OF COMPETITION</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TEMPERATURA AMBIENTE APROVADA (ESPECIFICA CENTÍGRAFO/FAHRENHEIT) APPROPRIATE AMBIENT TEMP (SPECIFY CENTIGRADE/FARENHEIT)</td> </tr> </table>			ÓCUPA DO NÚMERO DA MÍNISTRA SAMPLE CODE NUMBER	ÓCUPA DE ORDEM DE TESTE TESTING ORDER CODE	<input type="checkbox"/> EM COMPETIÇÃO IN COMPETITION	<input type="checkbox"/> FORA DE COMPETIÇÃO OUT OF COMPETITION	TEMPERATURA AMBIENTE APROVADA (ESPECIFICA CENTÍGRAFO/FAHRENHEIT) APPROPRIATE AMBIENT TEMP (SPECIFY CENTIGRADE/FARENHEIT)																																																				
ÓCUPA DO NÚMERO DA MÍNISTRA SAMPLE CODE NUMBER	ÓCUPA DE ORDEM DE TESTE TESTING ORDER CODE																																																										
<input type="checkbox"/> EM COMPETIÇÃO IN COMPETITION	<input type="checkbox"/> FORA DE COMPETIÇÃO OUT OF COMPETITION																																																										
TEMPERATURA AMBIENTE APROVADA (ESPECIFICA CENTÍGRAFO/FAHRENHEIT) APPROPRIATE AMBIENT TEMP (SPECIFY CENTIGRADE/FARENHEIT)																																																											
<b>2. INFORMAÇÃO SOBRE O PASSAPORTE BIOLÓGICO DO ATLETA• ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">A. O ATLETA ESTAVA SENTADO POR 10 MINUTOS COM OS PÉS NO CHÃO ANTES DA COLETA DE SANGUE? HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR 10 MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?</td> <td>SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B. O ATLETA TREINOU OU COMPETIU DAS ÚLTIMAS DUAS HORAS? HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?</td> <td>SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE O TIPO DE TREINAMENTO OU COMPETIÇÃO IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">C. O ATLETA TREINOU, COMPETIU OU RESIDIU EM UMA ALTITUDE SUPERIOR A 1500 METROS NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES? HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?</td> <td>SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY NOME E LOCALIZAÇÃO NAME AND LOCATION</td> <td>ALTITUDE ESTIMADA ESTIMATED ALTITUDE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DURADA DA STADIUM DURATION OF STAY</td> <td>DE FROM <input type="checkbox"/> DIARIO/DAILY <input type="checkbox"/> MÊS/MONTH <input type="checkbox"/> ANO/YEAR ATE TO <input type="checkbox"/> DIARIO/DAILY <input type="checkbox"/> MÊS/MONTH <input type="checkbox"/> ANO/YEAR</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D. O ATLETA USOU QUALQUER FORMA DE SIMULAÇÃO DE ALTITUDE, COMO UMA TENDA HIPÓNICA, MÁSCARA, ETC. DURANTE AS DUAS SEMANAS ANTERIORES? HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATOR, SUCH AS A HYPYPER TENT, MASK, ETC. DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?</td> <td>SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY TIPO DE EQUIPAMENTO TYPE OF DEVICE</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MODO DE USO (FREQUÊNCIA, DURAÇÃO, INTENSIDADE, ETC.) MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">E. O ATLETA PERDEU SANGUE OU PERDEU SANGUE OU RECEBEU TRANSFUSÕES DE SANGUE COMO RESULTADO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA OU DE EMERGÊNCIA DURANTE OS TRÊS MESES ANTERIORES? HAS THE ATHLETE LOST BLOOD OR LOST BLOOD OR RECEIVED BLOOD TRANSFUSIONS AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?</td> <td>SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY QUADRO SCENE</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">A. A COLETA DE SANGUE THE DRAWING OF BLOOD</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">VOLUME ESTIMADO DO SANGUE ESTIMATED VOLUME OF BLOOD</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">F. A MÍNISTRA FOI COLETADA IMEDIATAMENTE APÓS UMA COMPETIÇÃO DE RESISTÊNCIA INTENSIVA, EM PELO MENOS TRÊS DIAS CONSECUTIVOS, ASSIM COMO UMA PROVA DE ETAPA NO CICLISMO? HAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY FOLLOWING AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?</td> <td>SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">G. O ATLETA FOI EXPOSTO A OUTRAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS EXTREMAS DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS HORAS ANTES DA COLETA DE SANGUE, INCLUINDO QUALQUER SÉSSÃO EM QUALQUER AMBIENTE DE CALOR ARTIFICIAL, COMO UMA SAUNA? HAS THE ATHLETE BEEN EXPOSED TO ANY EXTREME ENVIRONMENTAL CONDITIONS DURING THE LAST TWO HOURS PRIOR TO BLOOD COLLECTION, INCLUDING ANY SESSIONS IN ANY ARTIFICIAL HEAT ENVIRONMENT, SUCH AS A SAUNA?</td> <td>SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>3. CONFIRMAÇÃO• CONFIRMATION</b> <table border="1"> <tr> <td>OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER</td> <td>ASSINATURA • SIGNATURE</td> </tr> <tr> <td>Nome • NAME</td> <td>DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR MIM NESTE DOCUMENTO ESTÃO CORREAS. EU LHE ENTENDO QUE O TESTE DETALHADO NO VERSO DA COPIA ORIGINAL DO FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM É APLICÁVEL AO CONTROLE DE DOPAGEM RELACIONADO COM DADOS OBTIDOS NESTE PASSAPORTE BIOLÓGICO. I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEST DETAILED IN THE OVERLAY OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM. I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.</td> </tr> <tr> <td>Nome do Atleta ATHLETE'S NAME</td> <td>Assinatura do Atleta ATHLETE'S SIGNATURE</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <small>ABRIL - 2013 - FORMA 01 ABRIL - 2013 - FORMA 01 ABRIL - 2013 - FORMA 01</small> </td> </tr> </table>			A. O ATLETA ESTAVA SENTADO POR 10 MINUTOS COM OS PÉS NO CHÃO ANTES DA COLETA DE SANGUE? HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR 10 MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>	B. O ATLETA TREINOU OU COMPETIU DAS ÚLTIMAS DUAS HORAS? HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>	SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE O TIPO DE TREINAMENTO OU COMPETIÇÃO IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION			C. O ATLETA TREINOU, COMPETIU OU RESIDIU EM UMA ALTITUDE SUPERIOR A 1500 METROS NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES? HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>	SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY NOME E LOCALIZAÇÃO NAME AND LOCATION		ALTITUDE ESTIMADA ESTIMATED ALTITUDE	DURADA DA STADIUM DURATION OF STAY		DE FROM <input type="checkbox"/> DIARIO/DAILY <input type="checkbox"/> MÊS/MONTH <input type="checkbox"/> ANO/YEAR ATE TO <input type="checkbox"/> DIARIO/DAILY <input type="checkbox"/> MÊS/MONTH <input type="checkbox"/> ANO/YEAR	D. O ATLETA USOU QUALQUER FORMA DE SIMULAÇÃO DE ALTITUDE, COMO UMA TENDA HIPÓNICA, MÁSCARA, ETC. DURANTE AS DUAS SEMANAS ANTERIORES? HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATOR, SUCH AS A HYPYPER TENT, MASK, ETC. DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>	SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY TIPO DE EQUIPAMENTO TYPE OF DEVICE			MODO DE USO (FREQUÊNCIA, DURAÇÃO, INTENSIDADE, ETC.) MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC.)			E. O ATLETA PERDEU SANGUE OU PERDEU SANGUE OU RECEBEU TRANSFUSÕES DE SANGUE COMO RESULTADO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA OU DE EMERGÊNCIA DURANTE OS TRÊS MESES ANTERIORES? HAS THE ATHLETE LOST BLOOD OR LOST BLOOD OR RECEIVED BLOOD TRANSFUSIONS AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>	SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY QUADRO SCENE			A. A COLETA DE SANGUE THE DRAWING OF BLOOD			VOLUME ESTIMADO DO SANGUE ESTIMATED VOLUME OF BLOOD			F. A MÍNISTRA FOI COLETADA IMEDIATAMENTE APÓS UMA COMPETIÇÃO DE RESISTÊNCIA INTENSIVA, EM PELO MENOS TRÊS DIAS CONSECUTIVOS, ASSIM COMO UMA PROVA DE ETAPA NO CICLISMO? HAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY FOLLOWING AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>	G. O ATLETA FOI EXPOSTO A OUTRAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS EXTREMAS DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS HORAS ANTES DA COLETA DE SANGUE, INCLUINDO QUALQUER SÉSSÃO EM QUALQUER AMBIENTE DE CALOR ARTIFICIAL, COMO UMA SAUNA? HAS THE ATHLETE BEEN EXPOSED TO ANY EXTREME ENVIRONMENTAL CONDITIONS DURING THE LAST TWO HOURS PRIOR TO BLOOD COLLECTION, INCLUDING ANY SESSIONS IN ANY ARTIFICIAL HEAT ENVIRONMENT, SUCH AS A SAUNA?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>	<b>3. CONFIRMAÇÃO• CONFIRMATION</b> <table border="1"> <tr> <td>OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER</td> <td>ASSINATURA • SIGNATURE</td> </tr> <tr> <td>Nome • NAME</td> <td>DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR MIM NESTE DOCUMENTO ESTÃO CORREAS. EU LHE ENTENDO QUE O TESTE DETALHADO NO VERSO DA COPIA ORIGINAL DO FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM É APLICÁVEL AO CONTROLE DE DOPAGEM RELACIONADO COM DADOS OBTIDOS NESTE PASSAPORTE BIOLÓGICO. I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEST DETAILED IN THE OVERLAY OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM. I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.</td> </tr> <tr> <td>Nome do Atleta ATHLETE'S NAME</td> <td>Assinatura do Atleta ATHLETE'S SIGNATURE</td> </tr> </table>			OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER	ASSINATURA • SIGNATURE	Nome • NAME	DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR MIM NESTE DOCUMENTO ESTÃO CORREAS. EU LHE ENTENDO QUE O TESTE DETALHADO NO VERSO DA COPIA ORIGINAL DO FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM É APLICÁVEL AO CONTROLE DE DOPAGEM RELACIONADO COM DADOS OBTIDOS NESTE PASSAPORTE BIOLÓGICO. I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEST DETAILED IN THE OVERLAY OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM. I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.	Nome do Atleta ATHLETE'S NAME	Assinatura do Atleta ATHLETE'S SIGNATURE	<small>ABRIL - 2013 - FORMA 01 ABRIL - 2013 - FORMA 01 ABRIL - 2013 - FORMA 01</small>		
A. O ATLETA ESTAVA SENTADO POR 10 MINUTOS COM OS PÉS NO CHÃO ANTES DA COLETA DE SANGUE? HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR 10 MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>																																																									
B. O ATLETA TREINOU OU COMPETIU DAS ÚLTIMAS DUAS HORAS? HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>																																																									
SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE O TIPO DE TREINAMENTO OU COMPETIÇÃO IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION																																																											
C. O ATLETA TREINOU, COMPETIU OU RESIDIU EM UMA ALTITUDE SUPERIOR A 1500 METROS NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES? HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>																																																									
SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY NOME E LOCALIZAÇÃO NAME AND LOCATION		ALTITUDE ESTIMADA ESTIMATED ALTITUDE																																																									
DURADA DA STADIUM DURATION OF STAY		DE FROM <input type="checkbox"/> DIARIO/DAILY <input type="checkbox"/> MÊS/MONTH <input type="checkbox"/> ANO/YEAR ATE TO <input type="checkbox"/> DIARIO/DAILY <input type="checkbox"/> MÊS/MONTH <input type="checkbox"/> ANO/YEAR																																																									
D. O ATLETA USOU QUALQUER FORMA DE SIMULAÇÃO DE ALTITUDE, COMO UMA TENDA HIPÓNICA, MÁSCARA, ETC. DURANTE AS DUAS SEMANAS ANTERIORES? HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATOR, SUCH AS A HYPYPER TENT, MASK, ETC. DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>																																																									
SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY TIPO DE EQUIPAMENTO TYPE OF DEVICE																																																											
MODO DE USO (FREQUÊNCIA, DURAÇÃO, INTENSIDADE, ETC.) MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC.)																																																											
E. O ATLETA PERDEU SANGUE OU PERDEU SANGUE OU RECEBEU TRANSFUSÕES DE SANGUE COMO RESULTADO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA OU DE EMERGÊNCIA DURANTE OS TRÊS MESES ANTERIORES? HAS THE ATHLETE LOST BLOOD OR LOST BLOOD OR RECEIVED BLOOD TRANSFUSIONS AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>																																																									
SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY QUADRO SCENE																																																											
A. A COLETA DE SANGUE THE DRAWING OF BLOOD																																																											
VOLUME ESTIMADO DO SANGUE ESTIMATED VOLUME OF BLOOD																																																											
F. A MÍNISTRA FOI COLETADA IMEDIATAMENTE APÓS UMA COMPETIÇÃO DE RESISTÊNCIA INTENSIVA, EM PELO MENOS TRÊS DIAS CONSECUTIVOS, ASSIM COMO UMA PROVA DE ETAPA NO CICLISMO? HAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY FOLLOWING AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>																																																									
G. O ATLETA FOI EXPOSTO A OUTRAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS EXTREMAS DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS HORAS ANTES DA COLETA DE SANGUE, INCLUINDO QUALQUER SÉSSÃO EM QUALQUER AMBIENTE DE CALOR ARTIFICIAL, COMO UMA SAUNA? HAS THE ATHLETE BEEN EXPOSED TO ANY EXTREME ENVIRONMENTAL CONDITIONS DURING THE LAST TWO HOURS PRIOR TO BLOOD COLLECTION, INCLUDING ANY SESSIONS IN ANY ARTIFICIAL HEAT ENVIRONMENT, SUCH AS A SAUNA?		SIM • YES <input type="checkbox"/> NÃO • NO <input type="checkbox"/>																																																									
<b>3. CONFIRMAÇÃO• CONFIRMATION</b> <table border="1"> <tr> <td>OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER</td> <td>ASSINATURA • SIGNATURE</td> </tr> <tr> <td>Nome • NAME</td> <td>DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR MIM NESTE DOCUMENTO ESTÃO CORREAS. EU LHE ENTENDO QUE O TESTE DETALHADO NO VERSO DA COPIA ORIGINAL DO FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM É APLICÁVEL AO CONTROLE DE DOPAGEM RELACIONADO COM DADOS OBTIDOS NESTE PASSAPORTE BIOLÓGICO. I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEST DETAILED IN THE OVERLAY OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM. I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.</td> </tr> <tr> <td>Nome do Atleta ATHLETE'S NAME</td> <td>Assinatura do Atleta ATHLETE'S SIGNATURE</td> </tr> </table>			OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER	ASSINATURA • SIGNATURE	Nome • NAME	DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR MIM NESTE DOCUMENTO ESTÃO CORREAS. EU LHE ENTENDO QUE O TESTE DETALHADO NO VERSO DA COPIA ORIGINAL DO FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM É APLICÁVEL AO CONTROLE DE DOPAGEM RELACIONADO COM DADOS OBTIDOS NESTE PASSAPORTE BIOLÓGICO. I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEST DETAILED IN THE OVERLAY OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM. I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.	Nome do Atleta ATHLETE'S NAME	Assinatura do Atleta ATHLETE'S SIGNATURE																																																			
OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER	ASSINATURA • SIGNATURE																																																										
Nome • NAME	DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR MIM NESTE DOCUMENTO ESTÃO CORREAS. EU LHE ENTENDO QUE O TESTE DETALHADO NO VERSO DA COPIA ORIGINAL DO FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM É APLICÁVEL AO CONTROLE DE DOPAGEM RELACIONADO COM DADOS OBTIDOS NESTE PASSAPORTE BIOLÓGICO. I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEST DETAILED IN THE OVERLAY OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM. I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.																																																										
Nome do Atleta ATHLETE'S NAME	Assinatura do Atleta ATHLETE'S SIGNATURE																																																										
<small>ABRIL - 2013 - FORMA 01 ABRIL - 2013 - FORMA 01 ABRIL - 2013 - FORMA 01</small>																																																											



Número sequencial  
fornecido pela ABCD

**PASSAPORTE BIOLÓGICO DO ATLETA - FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR**  
**ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT - SUPPLEMENTARY REPORT FORM**

**1. INFORMAÇÃO DA MISSÃO • MISSION INFORMATION**

CÓDIGO DO NÚMERO DA AMOSTRA  
 SAMPLE CODE NUMBER

2	6	5	3	4	2	
---	---	---	---	---	---	--

EM COMPETIÇÃO  
 IN COMPETITION

FORA DE COMPETIÇÃO  
 OUT OF COMPETITION

CÓDIGO DE ORDEM DE TESTE  
 TESTING ORDER CODE

0	0	0	3	6	8	4	7	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--



**NÚMERO PBA-FRS • ABP-SRF NUMBER**

00001

Marcar  
 Em competição ou  
 Fora de competição

Número do  
 frasco da  
 amostra

Número da Ordem de  
 Teste conforme  
 indicado na mesma

Temperatura  
 ambiente registrada  
 pelo OCD

**Marcar com um X SIM ou NÃO  
e/ou responder de acordo com a  
informação recebida do atleta e o  
que aconteceu no momento da  
coleta de amostras.**



## 2. INFORMAÇÃO SOBRE O PASSAPORTE BIOLÓGICO DO ATLETA • ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION

A. O ATLETA ESTVE SENTADO POR 10 MINUTOS COM OS PÉS NO CHÃO ANTES DA COLETA DE SANGUE?  
HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?

SIM • YES NÃO • NO

B. O ATLETA TREINOU OU COMPETIU NAS ÚLTIMAS DUAS HORAS?  
HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?

SIM • YES NÃO • NO

SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE O TIPO DE TREINAMENTO OU COMPETIÇÃO  
IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION

C. O ATLETA TREINOU, COMPETIU OU RESIDIU EM UMA ALTITUDE SUPERIOR A 1500 METROS NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES?  
HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?

SIM • YES NÃO • NO

SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY

NOME E LOCALIZAÇÃO  
NAME AND LOCATION

ALTITUDE ESTIMADA  
ESTIMATED ALTITUDE

DURAÇÃO DA ESTADIA  
DURATION OF STAY

DE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA/DAY		MÊS/MONTH		ANO/YEAR	DIA/DAY		MÊS/MONTH		ANO/YEAR

D. O ATLETA USOU QUALQUER FORMA DE SIMULAÇÃO DE ALTITUDE, COMO UMA TENDA HIPÓXICA, MÁSCARA, ETC DURANTE AS DUAS SEMANAS ANTERIORES?  
HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?

SIM • YES NÃO • NO

SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY

TIPO DE EQUIPAMENTO  
TYPE OF DEVICE

MODO DE USO (FREQUÊNCIA, DURAÇÃO, INTENSIDADE, ETC)  
MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC)

E. O ATLETA DOOU SANGUE OU PERDEU SANGUE OU RECEBEU TRANSFUSÕES DE SANGUE COMO RESULTADO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA OU DE EMERGÊNCIA DURANTE OS TRÊS MESES ANTERIORES?  
HAS THE ATHLETE DONATED BLOOD OR LOST BLOOD OR RECEIVED BLOOD TRANSFUSION(S) AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?

SIM • YES NÃO • NO

SE SIM, POR FAVOR ESPECIFIQUE / IF YES, PLEASE SPECIFY

QUANDO?  
WHEN?

A CAUSA DA PERDA DO SANGUE  
THE CAUSE OF THE BLOOD LOSS

VOLUME ESTIMADO DO SANGUE  
ESTIMATED VOLUME OF BLOOD

F. A AMOSTRA FOI COLETADA IMEDIATAMENTE APÓS UMA COMPETIÇÃO DE RESISTÊNCIA INTENSIVA, EM PELO MENOS TRÊS DIAS CONSECUTIVOS, ASSIM COMO UMA PROVA POR ETAPA NO CICLISMO?  
WAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY FOLLOWING AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?

SIM • YES NÃO • NO

G. O ATLETA FOI EXPOSTO A QUAISQUER CONDIÇÕES AMBIENTAIS EXTREMAS DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS HORAS ANTES DA COLETA DE SANGUE, INCLUINDO QUAISQUER SESSÕES EM QUALQUER AMBIENTE DE CALOR ARTIFICIAL, COMO UMA SAUNA?  
HAS THE ATHLETE BEEN EXPOSED TO ANY EXTREME ENVIRONMENTAL CONDITIONS DURING THE LAST TWO HOURS PRIOR TO BLOOD COLLECTION, INCLUDING ANY SESSIONS IN ANY ARTIFICIAL HEAT ENVIRONMENT, SUCH AS A SAUNA?

SIM • YES NÃO • NO

## EDUCAÇÃO ANTIDOPAGEM

Nome do OCD

Assinatura do OCD

Data da coleta

**3. CONFIRMAÇÃO • CONFIRMATION**

OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER

**NOME • NAME** **ASSINATURA • SIGNATURE** **DIA/DAY** **MÊS/MONTH** **ANO/YEAR**

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR MIM NESTE DOCUMENTO ESTÃO CORRETAS.  
EU LI E ENTENDI QUE O TEXTO DETALHADO NO VERSO DA CÓPIA ORIGINAL DO FORMULÁRIO DE CONTROLE DE DOPAGEM É APLICÁVEL AO CONTROLE DE DOPAGEM RELACIONADO COM DADOS OBTIDOS NESTE PASSAPORTE BIOLÓGICO DO ATLETA – FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR. EU AUTORIZO COM A INSERÇÃO DOS MEUS DADOS PESSOAIS NO ADAMS.  
*I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT.  
I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEXT DETAILED ON THE OVERLEAF OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM, IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT – SUPPLEMENTARY REPORT FORM. I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.*

**NOME DO ATLETA** **ASSINATURA DO ATLETA**  
**ATHLETE'S NAME** **ATHLETE'S SIGNATURE**

ORIGINAL - ABCD - BRANCO  
ORIGINAL - ABCD - WHITE

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

MOD. - OP 005 - FORMULÁRIO DE PASSAPORTE BIOLÓGICO

Nome do OCD

Assinatura do OCD



#jogolimpo

