



COMITÊ OLÍMPICO DO
BRASIL



COMITÊ OLÍMPICO DO
BRASIL

ANTIDOPAGEM

PARIS 2024

Antidopagem – Paris 2024

- **Processo de Coleta de Amostras**
- **Sistema *ADAMS* - *Whereabouts***



Antidopagem

Coleta de Amostras




Coleta de Amostras



Coleta de Amostras




COMITÊ OLÍMPICO DO BRASIL

ABCD
 Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem
 #JOGOLIMPO

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: DAY: [] MONTH: [] YEAR: []

NACIONALIDADE / NATIONALITY: _____ TIPO DE DOCUMENTO / DOCUMENT TYPE: _____ NÚMERO DO DOCUMENTO / DOCUMENT NUMBER: _____

TIPO DE AMOSTRA / TYPE OF SAMPLE: URINA / URINE [] SANGUE / BLOOD [] DATA / DATE: DAY: [] MONTH: [] YEAR: [] HORÁRIO / TIME: []

NOME DO DOPESCOLTA / DOPING OFFICER NAME: _____ ASSINATURA DO DOPESCOLTA / DOPING OFFICER SIGNATURE: _____

ES INCLUIR QUE RESERVA O DESEJO DE RECEBER A NOTIFICAÇÃO, INCLUINDO O TEXTO SOBRE OS DEBITOS E RESPONSABILIDADES DO ATLETA AO RECEBER O CÓPIA E DESEJO DE RECEBER A NOTIFICAÇÃO E AUTORIZAR O DOPESCOLTA A COLETAR A AMOSTRA DE ACORDO COM O CÓDIGO DE CONDUCTA DO ATLETA DO COMITÊ OLÍMPICO DO BRASIL. I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES SET ON THE OPERATOR OF DOPP & AMPLI CONSENT TO PROVIDE SAMPLES AS REQUESTED BY OFFICIALS THAT FAILURE TO REFUSE TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING VIOLATION.

ASSINATURA DO ATLETA / ATHLETE'S SIGNATURE: _____

INFORMAÇÃO DE TESTE
TESTING ACTIVITY: _____

AUTORIDADE DE COLETA DE AMOSTRA
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY: _____

AUTORIDADE DE GESTÃO DE RESULTADOS
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY: _____

2. INFORMAÇÕES DO ATLETA • ATHLETE INFORMATION

ENDEREÇO / ADDRESS: _____ CIDADE / CITY: _____ ESTADO / STATE: _____ PAÍS / COUNTRY: _____

HORA DE CHEGADA A ESTAÇÃO DE CONTROLE DE DOPAGEM / ANNUAL TIME AT DOPING CONTROL STATION: _____ NÚMERO DE TEL. (incl. Código do país) / CONTACT TEL. (incl. Country Code): _____ E-MAIL: _____

NOME DO MÉDICO / DOCTOR'S NAME: _____ NOME DO TÉCNICO / COACH'S NAME: _____

3. INFORMAÇÃO PARA ANÁLISES • INFORMATION FOR ANALYSIS

EM COMPETIÇÃO / IN COMPETITION: FORA DE COMPETIÇÃO / OUT OF COMPETITION: DATA DA COLETA DA AMOSTRA / SAMPLE COLLECTION DATE: DAY: [] MONTH: [] YEAR: [] GÊNERO / GENDER: M [] F []

ESPORTE / SPORT: _____ DISCIPLINA / DISCIPLINE: _____

AMOSTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE: NÚMERO DA AMOSTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE NUMBER: [] VOL. (ml) [] HORA / TIME [] INÍCIO DO ATLETA / DO ATLETA'S START [] NÚMERO DA AMOSTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE NUMBER: [] VOL. (ml) [] HORA / TIME [] INÍCIO DO ATLETA / DO ATLETA'S START []

AMOSTRA / SAMPLE	VOL. (ml)	HORA / TIME	NÚMERO DO ATLETA / DO ATLETA'S START	QUANTIDADE / QUANTITY	NOME DO ATLETA / DO ATLETA'S NAME	ASSINATURA DO ATLETA / DO ATLETA'S SIGNATURE
U []	[]	[]	A/B	1+0	[]	[]
S []	[]	[]	A/B	1+0	[]	[]
U []	[]	[]	A/B	1+0	[]	[]
S []	[]	[]	A/B	1+0	[]	[]

DECLARAÇÃO DE USO DE MEDICAMENTOS E TRANSFUSÕES DE SANGUE: LISTE TUDO OS MEDICAMENTOS OU SUPLEMENTOS, COM OU SEM PRESCRIÇÃO, USADOS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS (INCLUIR DOSE E DATA DA ÚLTIMA INJEÇÃO, SEMPRE QUE POSSÍVEL) E DE UMA AMOSTRA DE SANGUE FOI COLETADA QUALQUER TRANSFUSÃO DE SANGUE RECEBIDA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES.
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION AND PRESCRIPTION MEDICATIONS OF SUPPLEMENT USED WITHIN THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSE AND DATE LAST TAKEN IF IT IS POSSIBLE) AND IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED ANY BLOOD TRANSFUSION RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS.

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR / SUPPLEMENTARY REPORT FORM: NÚMERO / NUMBER: _____

CONSENTIMENTO PARA PESQUISA (OPCIONAL) / CONSENT FOR RESEARCH (OPTIONAL): AMOSTRA QUE SERÁ AMOSTRA SEJA USADA EM PESQUISA ANÔNIMA / I CONSENT FOR MY SAMPLE TO BE USED IN ANONYMOUS RESEARCH:

EU ACEITO / I ACCEPT: EU RECUSO / I REFUSE:

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

COMENTÁRIOS: QUALQUER COMENTÁRIO DEVER SER REGISTRADO NESTE ESPAÇO SE NECESSÁRIO. CONTINHE NO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR. COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE IF NECESSARY CONTAIN IN A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO SUPLEMENTAR / SUPPLEMENTARY REPORT FORM: NÚMERO / NUMBER: _____

REPRESENTANTE DO ATLETA • ATHLETE REPRESENTATIVE

NOME / NAME: _____ FUNÇÃO/CARGO / POSITION/ROLE: _____ ASSINATURA / SIGNATURE: _____

OFICIAL DE CONTROLE DE DOPAGEM • DOPING CONTROL OFFICER

NOME / NAME: _____ ASSINATURA / SIGNATURE: _____ DATA / DATE: DAY: [] MONTH: [] YEAR: []

HORÁRIO DE FINALIZAÇÃO / TIME OF COMPLETION: []

DECLARAÇÃO DE QUE AS INFORMAÇÕES FORN ECHEM PARA O DOPING CONTROL, ESTÃO CORRETAS, E O ATLETA QUE, CONFORME OS COMENTÁRIOS FEITOS NA CÉLULA 4, A COLETA DA AMOSTRA FOI CONDUZIDA DE ACORDO COM OS PROCEDIMENTOS ANUNCIADOS PARA A COLETA DE AMOSTRAS. TO ACCEPT AND TO PROVIDE INFORMATION RELATED TO THE DOPING CONTROL, INCLUDING ANY NOT LIMITED TO LABORATORY RESULT AND POSSIBLE SANCTIONS, SHALL BE SHARED WITH THE REPORTER NAMES IN ACCORDANCE WITH THE WORLD ANTI-DOPING CODE, I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE TEST OVERLAP AND I AGREE TO THE PROCEDURES OF MY PERSONAL DATA THROUGH ABOVE.

ASSINATURA DO ATLETA / ATHLETE'S SIGNATURE: _____

ORIGINAL: ABCD - BRASILEIRO / ORIGINAL: ABCD - BRAZILIAN

CÓPIA 1: ATLETA / ORIGINAL: ATHLETE - ORIGINAL: NAME

CÓPIA 2: LABORATÓRIO / ORIGINAL: LABORATORY - ORIGINAL: ADDRESS

CÓPIA 3: LABORATÓRIO / ORIGINAL: LABORATORY - ORIGINAL: ADDRESS

CÓPIA 4: NOTIFICAÇÃO DO ATLETA / ORIGINAL: ATHLETE NOTIFICATION - ORIGINAL: ORIGIN

NÚMERO / ORIGINAL: NUMBER: 1001

Coleta de Amostras



Amostras de sangue e/ou urina

Testes em qualquer hora e qualquer lugar (GT, GAT e RTP)

Manter uma cópia do FCD (física ou e-mail)

Registro de ocorrências e reclamações

Procedimentos com menores de idade

Procedimentos com atletas paralímpicos

Uso de celulares – somente se autorizado!

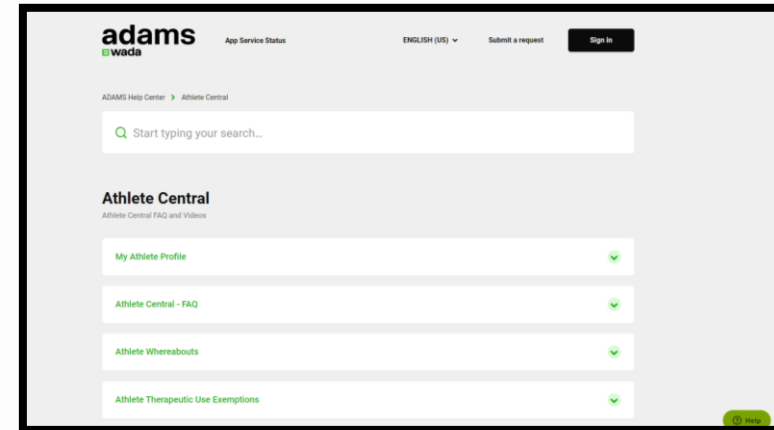
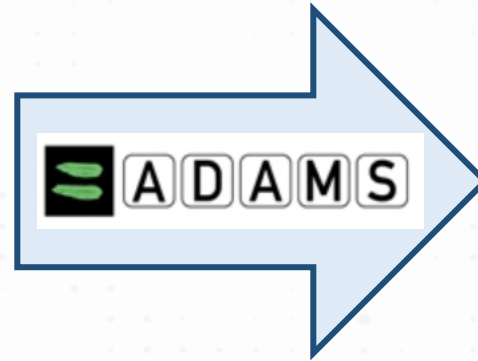
Antidopagem

ADAMS - Whereabouts



ADAMS / Whereabouts

GT
GAT
RTP



ADAMS / Whereabouts



Atleta notificado preenche os Dados de Localização

ABCD identifica falha no preenchimento, ou fora do prazo

ABCD notifica o Atleta e requer justificativa

Atleta apresenta sua defesa (justificativa) em até 14 dias

A Comissão analisa a justificativa

A ABCD notifica a falha (ou não) ao Atleta

ADAMS / Whereabouts

- Preenchimento a cada trimestre

- Até o dia 20 do mês anterior ao trimestre

01 Jan a
31 Mar

01 Abr a
30 Jun

01 Jul a
30 Set

01 Out a
31 Dez

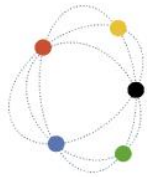


- As Federações Internacionais (ITA) podem ter outras datas

- Slot de 60min (contínuos) TODOS os dias do período

- Alterações feitas de maneira tempestiva

<https://www.gov.br/abcd/pt-br/composicao/atletas/sistema-de-localizacao>



AUTORIDADE
BRASILEIRA DE
CONTROLE DE
DOPAGEM



Instruções ADAMS

Sistema de Administração e Gerenciamento Antidopagem (*Anti-Doping Administration & Management System*)

O *Whereabouts*, na sigla em inglês, é o formulário de Localização, disponível via ADAMS, que deve ser preenchido por todos os atletas que integram o Grupo Alvo de Testes (GAT) da Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem (ABCD) ou o *Registered Testing Pool* (RTP) da Federação Internacional da referida modalidade esportiva.

Assim, após receber a notificação de inclusão no GAT/RTP da ABCD ou FI (via Ofício – por e-mail) o atleta deve:

- 1) Confirmar o recebimento da notificação
- 2) Preencher e enviar, via ADAMS, o formulário de localização/*whereabouts* .

A função **Localização** no ADAMS permite que o atleta insira e envie suas informações de localização trimestralmente. Mas a atualização pode e deve ser feita sempre que necessário.

O Padrão Internacional para Testes e Investigações (PITI), disponível no site da ABCD e da AMA, exige de um atleta incluído em um Grupo Alvo de Testes (GAT/RTP)- nacional ou internacional, entre outros requisitos, o endereço completo do local onde o atleta residirá durante a noite e um intervalo de tempo de 60 minutos,

ADAMS / Whereabouts



Se estou no GAT da ABCD posso ser testado fora de competição por minha FI?

Se o Oficial de Controle aparece para teste fora do meu slot, posso me recusar a fazer o teste?

Moro em área de risco, como faço?

Estou com problemas com minha senha de acesso ao ADAMS. Como faço?



ajuda.adams@abcd.gov.br / (61) 3429-1619

ADAMS / Whereabouts



**COMBINAÇÃO DE 3 FALHAS DE:
TESTE PERDIDO E/OU
FALHA DE PREENCHIMENTO
EM 12 MESES**



**VIOLAÇÃO DE REGRA
ANTIDOPAGEM**

Antidoping – Paris 2024



PARIS 2024



OBRIGADO!



andre.rodriques@cob.org.br

michelle.pedroza@cob.org.br

antidoping@cob.org.br