

# ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT – SUPPLEMENTARY REPORT FORM

## PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE – FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE

ABP-SRF NUMBER – NUMERO PBA-FRS

### 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

ATHLETE NAME NOM DU SPORTIF	SAMPLE CODE NUMBER NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON
--------------------------------	--

### 2. MISSION INFORMATION • INFORMATIONS CONCERNANT LA MISSION

TEST MISSION CODE CODE DE MISSION DU CONTRÔLE	OTHER SAMPLE TYPES COLLECTED AUTRES TYPES D'ÉCHANTILLONS PRÉLEVÉS	<input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> BLOOD/SANG
EVENT (IF APPLICABLE) ÉVÈNEMENT (S'IL Y A LIEU)	APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (SPECIFY CENTIGRADE/FAHRENHEIT) TEMPÉRATURE AMBIANTE APPROXIMATIVE (PRÉCISEZ CELSIUS/FAHRENHEIT)	

### 3. ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION • INFORMATIONS LIÉES AU PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE

HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES PRIOR TO BLOOD COLLECTION?  
LE SPORTIF EST-IL RESTÉ EN POSITION ASSISE PENDANT UNE PÉRIODE D'AU MOINS 10 MINUTES AVANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN?

YES • OUI    NO • NON  
                     

HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?  
LE SPORTIF A-T-IL PARTICIPÉ À UNE SÉANCE D'ENTRAÎNEMENT OU À UNE COMPÉTITION AU COURS DES DEUX DERNIÈRES HEURES?

YES • OUI    NO • NON  
                     

IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION  
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE D'ENTRAÎNEMENT OU DE COMPÉTITION

HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1000 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?  
LE SPORTIF A-T-IL PARTICIPÉ À UNE SÉANCE D'ENTRAÎNEMENT OU À UNE COMPÉTITION, OU A-T-IL SÉJOURNÉ DANS UN LIEU SE TROUVANT À UNE ALTITUDE SUPÉRIEURE À 1000 MÈTRES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?

YES • OUI    NO • NON  
                     

IF YES, PLEASE SPECIFY:  
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

NAME AND LOCATION NOM ET LIEU	ESTIMATED ALTITUDE ALTITUDE ESTIMÉE
DURATION OF STAY DURÉE DU SÉJOUR	FROM DE
	TO À
	DD / JJ    MM    YYYY / AAAA                      DD / JJ    MM    YYYY / AAAA

HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?  
LE SPORTIF A-T-IL EU RECOURS À UN QUELCONQUE DISPOSITIF DE SIMULATION D'ALTITUDE, NOTAMMENT UNE TENTE OU UN MASQUE HYPOXIQUE, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?

YES • OUI    NO • NON  
                     

IF YES, PLEASE SPECIFY:  
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

TYPE OF DEVICE  
TYPE DE DISPOSITIF

MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC.)  
CONTEXTE DE L'UTILISATION (FRÉQUENCE, DURÉE, INTENSITÉ, ETC.)

HAS THE ATHLETE DONATED BLOOD OR LOST BLOOD AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?  
LE SPORTIF A-T-IL EFFECTUÉ UN DON DE SANG OU PERDU DU SANG À LA SUITE DE TROUBLES MÉDICAUX OU D'UNE SITUATION URGENTE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS?

YES • OUI    NO • NON  
                     

IF YES, PLEASE SPECIFY:  
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

WHEN  
À QUEL MOMENT?

THE CAUSE OF THE BLOOD LOSS  
CIRCONSTANCES/ CAUSES DE LA PERTE DE SANG

ESTIMATED VOLUME OF BLOOD  
VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG

HAS THE ATHLETE GIVEN OR RECEIVED ANY BLOOD TRANSFUSION(S) DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?  
LE SPORTIF A-T-IL DONNÉ OU REÇU DU SANG AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS?

YES • OUI    NO • NON  
                     

IF YES, PLEASE SPECIFY:  
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

WHEN  
À QUEL MOMENT?

ESTIMATED VOLUME OF BLOOD  
VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG

### 4. CONFIRMATION

DOPING CONTROL OFFICER • AGENT DE CONTRÔLE DU DOPAGE

NAME • NOM	SIGNATURE	DATE
		DD / JJ    MM    YYYY / AAAA

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.  
JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS QUE J'AI FOURNIES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT SONT EXACTES.  
JE DÉCLARE AVOIR LU ET COMPRIS QUE LE TEXTE DÉTAILLÉ AU VERSO DE LA COPIE ORIGINALE DU FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE S'APPLIQUE AUX DONNÉES DE CONTRÔLE DU DOPAGE TIRÉES DU PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE – FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE.  
JE CONSENS À CE QUE MES DONNÉES PERSONNELLES SOIENT TRAITÉES DANS ADAMS.

ATHLETE'S SIGNATURE  
SIGNATURE DU SPORTIF

# ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT – SUPPLEMENTARY REPORT FORM

## PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE – FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE

ABP-SRF NUMBER – NUMERO PBA-FRS

### 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

ATHLETE NAME / NOM DU SPORTIF  SAMPLE CODE NUMBER / NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON

### 2. MISSION INFORMATION • INFORMATIONS CONCERNANT LA MISSION

TEST MISSION CODE / CODE DE MISSION DU CONTRÔLE  OTHER SAMPLE TYPES COLLECTED / AUTRES TYPES D'ÉCHANTILLONS PRÉLEVÉS  URINE  BLOOD/SANG

EVENT (IF APPLICABLE) / ÉVÈNEMENT (S'IL Y A LIEU)  APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (SPECIFY CENTIGRADE/FAHRENHEIT) / TEMPÉRATURE AMBIANTE APPROXIMATIVE (PRÉCISEZ CELSIUS/FAHRENHEIT)

### 3. ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION • INFORMATIONS LIÉES AU PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE

HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES PRIOR TO BLOOD COLLECTION? / LE SPORTIF EST-IL RESTÉ EN POSITION ASSISE PENDANT UNE PÉRIODE D'AU MOINS 10 MINUTES AVANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN? YES • OUI  NO • NON

HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS? / LE SPORTIF A-T-IL PARTICIPÉ À UNE SÉANCE D'ENTRAÎNEMENT OU À UNE COMPÉTITION AU COURS DES DEUX DERNIÈRES HEURES? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE D'ENTRAÎNEMENT OU DE COMPÉTITION

HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1000 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS? / LE SPORTIF A-T-IL PARTICIPÉ À UNE SÉANCE D'ENTRAÎNEMENT OU À UNE COMPÉTITION, OU A-T-IL SÉJOURNÉ DANS UN LIEU SE TROUVANT À UNE ALTITUDE SUPÉRIEURE À 1000 MÈTRES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

NAME AND LOCATION / NOM ET LIEU  ESTIMATED ALTITUDE / ALTITUDE ESTIMÉE

DURATION OF STAY / DURÉE DU SÉJOUR  FROM DE  DD / JJ  MM  YYYY / AAAA TO À  DD / JJ  MM  YYYY / AAAA

HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS? / LE SPORTIF A-T-IL EU RECOURS À UN QUELCONQUE DISPOSITIF DE SIMULATION D'ALTITUDE, NOTAMMENT UNE TENTE OU UN MASQUE HYPOXIQUE, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

TYPE OF DEVICE / TYPE DE DISPOSITIF

MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC) / CONTEXTE DE L'UTILISATION (FRÉQUENCE, DURÉE, INTENSITÉ, ETC.)

HAS THE ATHLETE DONATED BLOOD OR LOST BLOOD AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS? / LE SPORTIF A-T-IL EFFECTUÉ UN DON DE SANG OU PERDU DU SANG À LA SUITE DE TROUBLES MÉDICAUX OU D'UNE SITUATION URGENTE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

WHEN / À QUEL MOMENT?

THE CAUSE OF THE BLOOD LOSS / CIRCONSTANCES/ CAUSES DE LA PERTE DE SANG

ESTIMATED VOLUME OF BLOOD / VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG

HAS THE ATHLETE GIVEN OR RECEIVED ANY BLOOD TRANSFUSION(S) DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS? / LE SPORTIF A-T-IL DONNÉ OU REÇU DU SANG AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

WHEN / À QUEL MOMENT?

ESTIMATED VOLUME OF BLOOD / VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG

### 4. CONFIRMATION

DOPING CONTROL OFFICER • AGENT DE CONTRÔLE DU DOPAGE

NAME • NOM  SIGNATURE  DATE  DD / JJ  MM  YYYY / AAAA

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.

JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS QUE J'AI FOURNIES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT SONT EXACTES. JE DÉCLARE AVOIR LU ET COMPRIS QUE LE TEXTE DÉTAILLÉ AU VERSO DE LA COPIE ORIGINALE DU FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE S'APPLIQUE AUX DONNÉES DE CONTRÔLE DU DOPAGE TIRÉES DU PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE – FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE. JE CONSENS À CE QUE MES DONNÉES PERSONNELLES SOIENT TRAITÉES DANS ADAMS.

ATHLETE'S SIGNATURE / SIGNATURE DU SPORTIF

# ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT – SUPPLEMENTARY REPORT FORM

## PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE – FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE

ABP-SRF NUMBER – NUMERO PBA-FRS

### 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

ATHLETE NAME / NOM DU SPORTIF:

SAMPLE CODE NUMBER / NUMERO DE CODE D'ÉCHANTILLON:

### 2. MISSION INFORMATION • INFORMATIONS CONCERNANT LA MISSION

TEST MISSION CODE / CODE DE MISSION DU CONTRÔLE:

OTHER SAMPLE TYPES COLLECTED / AUTRES TYPES D'ÉCHANTILLONS PRÉLEVÉS:  URINE  BLOOD/SANG

EVENT (IF APPLICABLE) / ÉVÈNEMENT (S'IL Y A LIEU):

APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (SPECIFY CENTIGRADE/FAHRENHEIT) / TEMPÉRATURE AMBIANTE APPROXIMATIVE (PRÉCISEZ CELSIUS/FAHRENHEIT):

### 3. ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION • INFORMATIONS LIÉES AU PASSEPORT BIOLOGIQUE DE L'ATHLÈTE

HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES PRIOR TO BLOOD COLLECTION? / LE SPORTIF EST-IL RESTÉ EN POSITION ASSISE PENDANT UNE PÉRIODE D'AU MOINS 10 MINUTES AVANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN? YES • OUI  NO • NON

HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS? / LE SPORTIF A-T-IL PARTICIPÉ À UNE SÉANCE D'ENTRAÎNEMENT OU À UNE COMPÉTITION AU COURS DES DEUX DERNIÈRES HEURES? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE D'ENTRAÎNEMENT OU DE COMPÉTITION:

HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1000 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS? / LE SPORTIF A-T-IL PARTICIPÉ À UNE SÉANCE D'ENTRAÎNEMENT OU À UNE COMPÉTITION, OU A-T-IL SÉJOURNÉ DANS UN LIEU SE TROUVANT À UNE ALTITUDE SUPÉRIEURE À 1000 MÈTRES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

NAME AND LOCATION / NOM ET LIEU:

ESTIMATED ALTITUDE / ALTITUDE ESTIMÉE:

DURATION OF STAY / DURÉE DU SÉJOUR:

FROM / DE:  DD / JJ  MM  YYYY / AAAA

TO / À:  DD / JJ  MM  YYYY / AAAA

HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS? / LE SPORTIF A-T-IL EU RECOURS À UN QUELCONQUE DISPOSITIF DE SIMULATION D'ALTITUDE, NOTAMMENT UNE TENTE OU UN MASQUE HYPOXIQUE, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

TYPE OF DEVICE / TYPE DE DISPOSITIF:

MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC) / CONTEXTE DE L'UTILISATION (FRÉQUENCE, DURÉE, INTENSITÉ, ETC.):

HAS THE ATHLETE DONATED BLOOD OR LOST BLOOD AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS? / LE SPORTIF A-T-IL EFFECTUÉ UN DON DE SANG OU PERDU DU SANG À LA SUITE DE TROUBLES MÉDICAUX OU D'UNE SITUATION URGENTE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

WHEN / À QUEL MOMENT?

THE CAUSE OF THE BLOOD LOSS / CIRCONSTANCES / CAUSES DE LA PERTE DE SANG:

ESTIMATED VOLUME OF BLOOD / VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG:

HAS THE ATHLETE GIVEN OR RECEIVED ANY BLOOD TRANSFUSION(S) DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS? / LE SPORTIF A-T-IL DONNÉ OU REÇU DU SANG AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS? YES • OUI  NO • NON

IF YES, PLEASE SPECIFY: / SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

WHEN / À QUEL MOMENT?

ESTIMATED VOLUME OF BLOOD / VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG:

### 4. CONFIRMATION

