



# CHAIN OF CUSTODY FORM FORMULAIRE DE LA CHAÎNE DE SÉCURITÉ

TESTING AUTHORITY | AUTORITÉ DE CONTRÔLE

RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY | AUTORITÉ DE GESTION DES RÉSULTATS

SAMPLE COLLECTION AUTHORITY | AUTORITÉ DE PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS

DOPING CONTROL COORDINATOR | COORDONNATEUR DE CONTRÔLE DU DOPAGE

## 1. SAMPLE COLLECTION SESSION • SÉANCE DE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON

TESTING ORDER CODE / CODE DE L'ORDRE DE MISSION:

OUT OF COMPETITION / HORS COMPÉTITION:  IN COMPETITION / EN COMPÉTITION:

NUMBER OF SAMPLES / NOMBRE D'ÉCHANTILLONS:  URINE  BLOOD / SANG  DBS / GSS

SPORT:

DATE: DD/JJ  MM  YYYY/AAAA

TEMPERATURE DATA LOGGER NO. (IF APPLICABLE) / NUMÉRO DE L'ENREGISTREUR DE TEMPÉRATURE (S'IL Y A LIEU):

## 2. SAMPLE CODE NUMBERS AND ANALYTICAL INFORMATION • NUMÉROS DE CODE DES ÉCHANTILLONS ET INFORMATION SUR L'ANALYSE

SAMPLE CODE NUMBERS NUMÉROS DE CODE DES ÉCHANTILLONS	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ANALYSE PARTICULIÈRE DE L'ÉCHANTILLON (S'IL Y A LIEU)	SAMPLE CODE NUMBERS NUMÉROS DE CODE DES ÉCHANTILLONS	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ANALYSE PARTICULIÈRE DE L'ÉCHANTILLON (S'IL Y A LIEU)
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="text"/> GHRFs <input type="text"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>

### OTHER LABORATORY ANALYSIS • AUTRES ANALYSES DE LABORATOIRE

- GC/C/IRMS • CG/C/SMRI
- INSULINS • INSULINES
- IGF-1 ANALOGUES • ANALOGUES D'IGF-1
- GH ISOFORMS • ISOFORMES DE L'HORMONE DE CROISSANCE
- GH BIOMARKERS (INCLUDE ATHLETE'S AGE) / BIOMARQUEURS DE L'HORMONE DE CROISSANCE (INCLURE L'ÂGE DU SPORTIF)
- BLOOD TRANSFUSIONS • TRANSFUSIONS SANGUINES
- OTHER • AUTRE

## 3. CHAIN OF CUSTODY, TRANSPORTATION AND STORAGE • CHAÎNE DE SÉCURITÉ, TRANSPORT ET CONSERVATION

RECEIVED / SEALED BY / REÇU / SCELLÉ PAR: NAME / NOM  SIGNATURE  POSITION/ROLE / POSTE/TITRE/RÔLE

DATE: DD/JJ  MM  YYYY/AAAA

TIME / HEURE:

SEAL NUMBER (IF APPLICABLE) / NUMÉRO DU SCEAU (S'IL Y A LIEU):

DETAILS OF LOCATION / TRANSPORTATION / STORAGE / DÉTAILS DE LIEU / TRANSPORT / CONSERVATION:

RECEIVED BY / REÇU PAR: NAME / NOM  SIGNATURE  POSITION/ROLE / POSTE/TITRE/RÔLE

DATE: DD/JJ  MM  YYYY/AAAA

TIME / HEURE:

SEAL NUMBER (IF APPLICABLE) / NUMÉRO DU SCEAU (S'IL Y A LIEU):

DETAILS OF LOCATION / TRANSPORTATION / STORAGE / DÉTAILS DE LIEU / TRANSPORT / CONSERVATION:

## 4. SCP TRANSFER TO LABORATORY OR COURIER • TRANSFERT PAR LE PPE AU LABORATOIRE OU PAR MESSAGER

SCP NAME / NOM DE PPE:  SIGNATURE  DATE: DD/JJ  MM  YYYY/AAAA

DROP-OFF TIME / HEURE DE LIVRAISON:

IF TRANSFERRED TO LABORATORY / SI TRANSFÉRÉ AU LABORATOIRE

LAB REP. NAME / NOM DU REPRÉSENTANT DU LABORATOIRE:  LAB REP. POSITION / TITRE DU REPRÉSENTANT DU LABORATOIRE:  LAB REP. SIGNATURE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU LABORATOIRE:

IF TRANSFERRED TO COURIER / SI TRANSFÉRÉ PAR MESSAGER

COMPANY NAME / NOM DE L'ENTREPRISE:  WAYBILL NUMBER / NUMÉRO DE SUIVI:  LOCATION / LIEU:

COURIER NAME / NOM DU MESSAGER:  COURIER SIGNATURE / SIGNATURE DU MESSAGER:



# CHAIN OF CUSTODY FORM FORMULAIRE DE LA CHAÎNE DE SÉCURITÉ

TESTING AUTHORITY | AUTORITÉ DE CONTRÔLE

RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY | AUTORITÉ DE GESTION DES RÉSULTATS

SAMPLE COLLECTION AUTHORITY | AUTORITÉ DE PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS



## 1. SAMPLE COLLECTION SESSION • SÉANCE DE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON

TESTING ORDER CODE / CODE DE L'ORDRE DE MISSION:

OUT OF COMPETITION / HORS COMPÉTITION:  IN COMPETITION / EN COMPÉTITION:

NUMBER OF SAMPLES / NOMBRE D'ÉCHANTILLONS:  URINE  BLOOD / SANG  DBS / GSS

SPORT:

DATE: DD/JJ  MM  YYYY/AAAA

TEMPERATURE DATA LOGGER NO. (IF APPLICABLE) / NUMÉRO DE L'ENREGISTREUR DE TEMPÉRATURE (S'IL Y A LIEU):

## 2. SAMPLE CODE NUMBERS AND ANALYTICAL INFORMATION • NUMÉROS DE CODE DES ÉCHANTILLONS ET INFORMATION SUR L'ANALYSE

SAMPLE CODE NUMBERS NUMÉROS DE CODE DES ÉCHANTILLONS	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ANALYSE PARTICULIÈRE DE L'ÉCHANTILLON (S'IL Y A LIEU)	SAMPLE CODE NUMBERS NUMÉROS DE CODE DES ÉCHANTILLONS	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ANALYSE PARTICULIÈRE DE L'ÉCHANTILLON (S'IL Y A LIEU)
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>
A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	EPOs <input type="checkbox"/> GHRFs <input type="checkbox"/> OTHER/AUTRE <input type="text"/>

### OTHER LABORATORY ANALYSIS • AUTRES ANALYSES DE LABORATOIRE

- GC/C/IRMS • CG/C/SMRI
- INSULINS • INSULINES
- IGF-1 ANALOGUES • ANALOGUES D'IGF-1
- GH ISOFORMS • ISOFORMES DE L'HORMONE DE CROISSANCE
- GH BIOMARKERS (INCLUDE ATHLETE'S AGE)  
BIOMARQUEURS DE L'HORMONE DE CROISSANCE (INCLURE L'ÂGE DU SPORTIF)
- BLOOD TRANSFUSIONS • TRANSFUSIONS SANGUINES
- OTHER • AUTRE

## 3. CHAIN OF CUSTODY, TRANSPORTATION AND STORAGE • CHAÎNE DE SÉCURITÉ, TRANSPORT ET CONSERVATION



## 4. SCP TRANSFER TO LABORATORY OR COURIER • TRANSFERT PAR LE PPE AU LABORATOIRE OU PAR MESSAGER

SCP NAME / NOM DE PPE:

SIGNATURE:

DATE: DD/JJ  MM  YYYY/AAAA

DROP-OFF TIME / HEURE DE LIVRAISON:

IF TRANSFERRED TO LABORATORY / SI TRANSFÉRÉ AU LABORATOIRE

LAB REP. NAME / NOM DU REPRÉSENTANT DU LABORATOIRE:

LAB REP. POSITION / TITRE DU REPRÉSENTANT DU LABORATOIRE:

LAB REP. SIGNATURE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU LABORATOIRE:

IF TRANSFERRED TO COURIER / SI TRANSFÉRÉ PAR MESSAGER

COMPANY NAME / NOM DE L'ENTREPRISE:

WAYBILL NUMBER / NUMÉRO DE SUIVI:

LOCATION / LIEU:

COURIER NAME / NOM DU MESSAGER:

COURIER SIGNATURE / SIGNATURE DU MESSAGER: