

CHAIN OF CUSTODY FORM CHAÎNE DE POSSESSION

TEST AUTHORISED BY CONTRÔLE AUTORISÉ PAR	
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLONS	
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY AUTORITÉ DE GESTION DES RESULTANTS	

1. SAMPLE COLLECTION SESSION • SÉANCE DE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLON

DCO NAME NOM DE L'ACD		OUT OF COMPETITION HORS COMPÉTITION	<input type="checkbox"/>	IN COMPETITION EN COMPÉTITION	<input type="checkbox"/>	TEST MISSION CODE CODE DE MISSION DE CONTRÔLE										
TEST LOCATION LIEU DU CONTRÔLE	CITY / VILLE	STATE / PROVINCE		COUNTRY / PAYS		NUMBER OF SAMPLES NOMBRE D'ÉCHANTILLONS										
SPORT DISCIPLINE		SPORT FEDERATION FÉDÉRATION SPORTIVE		DATE												
				DD / JJ		MM										YYYY / AAAA

2. SAMPLE CODE NUMBERS AND ANALYTICAL INFORMATION • NUMÉROS DE CODE D'ÉCHANTILLON ET INFORMATIONS SUR L'ANALYSE

SAMPLE CODE NUMBERS NUMÉROS DES CODES D'ÉCHANTILLONS	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ANALYSE PARTICULIÈRE D'ÉCHANTILLON (AU BESOIN)	SAMPLE CODE NUMBERS NUMÉROS DES CODES D'ÉCHANTILLONS	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ANALYSE PARTICULIÈRE D'ÉCHANTILLON (AU BESOIN)
A/B		A/B	
A/B		A/B	
A/B		A/B	
A/B		A/B	
A/B		A/B	

3. CHAIN OF CUSTODY, TRANSPORTATION AND STORAGE • CHAÎNE DE POSSESSION, TRANSPORT ET 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 (AU BESOIN)
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 (AU BESOIN)
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 (AU BESOIN)
DETAILS OF LOCATION/ TRANSPORTATION/STORAGE DÉTAILS DE LIEU/ TRANSPORT/CONSERVATION			

4. DCO TRANSFER TO LABORATORY OR COURIER • TRANSFERT PAR L'ACD : LABORATOIRE OU MESSAGER

DCO NAME NOM DE L'ACD		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 TRANSFERT AU MESSAGER							
COMPANY NAME NOM DE L'ENTREPRISE		WAYBILL NUMBER NUMÉRO DE LA FEUILLE DE ROUTE		LOCATION LIEU			
COURIER NAME NOM DU MESSAGER		COURIER SIGNATURE SIGNATURE DU MESSAGER					