

**Délibération n° 2018-40 en date du 5 juillet 2018  
modifiant le feuillet spécifique au profil biologique (module hématologique)  
annexé au procès-verbal utilisable pour les contrôles  
en matière de dopage humain**

Le Collège de l'Agence française de lutte contre le dopage,

Vu le code du sport, notamment ses articles L. 230-3, L. 232-11 à L. 232-15, R. 232-47 à R. 232-62 et R. 232-67-4,

Vu le décret n° 2018-373 du 18 mai 2018 modifiant les dispositions de la partie réglementaire du code du sport relatives à l'établissement du profil biologique des sportifs et au traitement automatisé de données à caractère personnel résultant de sa mise en œuvre,

Vu la délibération n° 2018-15 du 8 mars 2018 arrêtant le modèle de procès-verbal utilisable pour les contrôles en matière de dopage humain,

Sur proposition du Directeur des contrôles,

Décide :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le modèle de feuillet spécifique au profil biologique annexé au procès-verbal pour les contrôles en matière de dopage humain est défini en annexe à la présente délibération.

**Article 2** : La présente délibération est applicable à compter du 15 juillet 2018.

**Article 3** : La délibération n° 2014-2 du 9 janvier 2014 portant adjonction au procès-verbal de contrôle d'un feuillet spécifique au profil biologique (module hématologique) est abrogée. Toutefois, à titre transitoire, le modèle de feuillet qui y est annexé pourra être utilisé jusqu'au 30 septembre 2018.

**Article 4** : Le Directeur des contrôles est chargé de l'exécution de la présente délibération.

**Article 5** : La présente délibération et son annexe seront publiées sur le site *Internet* de l'Agence.

Fait à Paris, le 5 juillet 2018

La Présidente  
De l'Agence française de lutte contre le dopage,

Dominique LAURENT

Signé

**1. INFORMATIONS CONCERNANT LA MISSION - MISSION INFORMATION**

N° d'ORDRE DE MISSION TEST MISSION CODE	NUMÉRO DE CODE DE L'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	TEMPÉRATURE AMBIANTE (CELSIUS) APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (CENTIGRADE)	°C
FÉDÉRATION SPORTIVE NATIONALE AGRÉÉE / FEDERATION	DATE ET LIEU DE NAISSANCE DU SPORTIF DATE AND PLACE OF BIRTH	LIEU - PLACE	
	JJ / DD M / M AAAA / YYYY		

**2. INFORMATIONS LIÉES AU PROFIL BIOLOGIQUE DU SPORTIF - ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION**

**A. LE SPORTIF EST-IL RESTÉ EN POSITION ASSISE, SES PIEDS TOUCHANT LE SOL, PENDANT UNE PÉRIODE D'AU MOINS 10 MINUTES AVANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN?**  
*HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?* OUI - YES  NON - NO

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

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

**C. LE SPORTIF A-T-IL SÉJOURNÉ, PARTICIPÉ À UNE COMPÉTITION, À DES STAGES OU DES ENTRAÎNEMENTS À UNE ALTITUDE SUPÉRIEURE À 1500M AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES?**  
*HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?* OUI - YES  NON - NO

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

NOM ET LIEU  
*NAME AND LOCATION*

ALTITUDE ESTIMÉE  
*ESTIMATED ALTITUDE*

DURÉE DU SÉJOUR  
*DURATION OF STAY*

DE FROM JJ / DD M / M AAAA / YYYY À TO JJ / DD M / M AAAA / YYYY

**D. 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?**  
*HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?* OUI - YES  NON - NO

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

TYPE DE DISPOSITIF  
*TYPE OF DEVICE*

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

**E. AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS, LE SPORTIF A-T-IL EFFECTUÉ UN DON DE SANG, PERDU DU SANG OU REÇU UNE(DES) TRANSFUSION(S) SANGUINE(S) À LA SUITE D'UNE URGENCE OU D'UN TROUBLE MÉDICAL?**  
*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?* OUI - YES  NON - NO

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

À QUEL MOMENT?  
*WHEN*

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

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

**F. L'ÉCHANTILLON A-T-IL ÉTÉ PRÉLEVÉ IMMÉDIATEMENT APRÈS TROIS JOURS CONSÉCUTIFS AU MINIMUM D'UNE COMPÉTITION D'ENDURANCE INTENSIVE, PAR EXEMPLE UNE COURSE CYCLISTE PAR ÉTAPES?**  
*HAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY FOLLOWING AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?* OUI - YES  NON - NO

**G. LE SPORTIF A-T-IL ÉTÉ EXPOSÉ À DES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES EXTRÊMES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES HEURES PRÉCÉDANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN, Y COMPRIS UNE SÉANCE DANS UN ENVIRONNEMENT DE CHALEUR ARTIFICIELLE, TEL QU'UN 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?* OUI - YES  NON - NO

**3. CONFIRMATION**

AGENT DE CONTRÔLE DU DOPAGE - *DOPING CONTROL OFFICER*

NOM - NAME SIGNATURE DATE JJ / DD M / M AAAA / YYYY

JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS AINSI QUE LE NUMÉRO D'ÉCHANTILLON, QUE J'AI FOURNIS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT SONT EXACTS.  
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.  
*I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT INCLUDING SAMPLE CODE NUMBERS ARE 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.*

NOM DU SPORTIF  
*ATHLETE'S NAME* SIGNATURE DU SPORTIF  
*ATHLETE'S SIGNATURE*

**1. INFORMATIONS CONCERNANT LA MISSION - MISSION INFORMATION**

N° d'ORDRE DE MISSION TEST MISSION CODE	<input type="text"/>	NUMÉRO DE CODE DE L'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	<input type="text"/>	TEMPÉRATURE AMBIANTE (CELSIUS) APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (CENTIGRADE)	<input type="text"/>	°C
FÉDÉRATION SPORTIVE NATIONALE AGRÉÉE / FEDERATION	<input type="text"/>	DATE ET LIEU DE NAISSANCE DU SPORTIF DATE AND PLACE OF BIRTH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			JJ / DD	M / M	AAAA / YYYY	LIEU - PLACE

**2. INFORMATIONS LIÉES AU PROFIL BIOLOGIQUE DU SPORTIF - ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION**

<b>A. LE SPORTIF EST-IL RESTÉ EN POSITION ASSISE, SES PIEDS TOUCHANT LE SOL, PENDANT UNE PÉRIODE D'AU MOINS 10 MINUTES AVANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN?</b> HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?	<input type="checkbox"/>	OUI - YES	<input type="checkbox"/>	NON - NO
<b>B. LE SPORTIF A-T-IL PARTICIPÉ À UNE SÉANCE D'ENTRAÎNEMENT OU À UNE COMPÉTITION AU COURS DES DEUX DERNIÈRES HEURES?</b> HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?	<input type="checkbox"/>	OUI - YES	<input type="checkbox"/>	NON - NO
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE D'ENTRAÎNEMENT OU DE COMPÉTITION IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION	<input type="text"/>			
<b>C. LE SPORTIF A-T-IL SÉJOURNÉ, PARTICIPÉ À UNE COMPÉTITION, À DES STAGES OU DES ENTRAÎNEMENTS À UNE ALTITUDE SUPÉRIEURE À 1500M AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?</b> HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?	<input type="checkbox"/>	OUI - YES	<input type="checkbox"/>	NON - NO
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER : / IF YES, PLEASE SPECIFY:	<input type="text"/>			
NOM ET LIEU NAME AND LOCATION	<input type="text"/>	ALTITUDE ESTIMÉE ESTIMATED ALTITUDE	<input type="text"/>	
DURÉE DU SÉJOUR DURATION OF STAY	<input type="text"/>	DE FROM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			JJ / DD	M / M
		À TO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			AAAA / YYYY	AAAA / YYYY
<b>D. 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?</b> HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?	<input type="checkbox"/>	OUI - YES	<input type="checkbox"/>	NON - NO
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER : / IF YES, PLEASE SPECIFY:	<input type="text"/>			
TYPE DE DISPOSITIF TYPE OF DEVICE	<input type="text"/>			
CONTEXTE DE L'UTILISATION (FRÉQUENCE, DURÉE, INTENSITÉ, ETC.) MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC)	<input type="text"/>			
<b>E. AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS, LE SPORTIF A-T-IL EFFECTUÉ UN DON DE SANG, PERDU DU SANG OU REÇU UNE(DES) TRANSFUSION(S) SANGUINE(S) À LA SUITE D'UNE URGENCE OU D'UN TROUBLE MÉDICAL?</b> 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?	<input type="checkbox"/>	OUI - YES	<input type="checkbox"/>	NON - NO
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER : / IF YES, PLEASE SPECIFY:	<input type="text"/>			
À QUEL MOMENT? WHEN	<input type="text"/>			
CIRCONSTANCES/ CAUSES DE LA PERTE DE SANG THE CAUSE OF THE BLOOD LOSS	<input type="text"/>			
VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG ESTIMATED VOLUME OF BLOOD	<input type="text"/>			
<b>F. L'ÉCHANTILLON A-T-IL ÉTÉ PRÉLEVÉ IMMÉDIATEMENT APRÈS TROIS JOURS CONSÉCUTIFS AU MINIMUM D'UNE COMPÉTITION D'ENDURANCE INTENSIVE, PAR EXEMPLE UNE COURSE CYCLISTE PAR ÉTAPES ?</b> WAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY FOLLOWING AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?	<input type="checkbox"/>	OUI - YES	<input type="checkbox"/>	NON - NO
<b>G. LE SPORTIF A-T-IL ÉTÉ EXPOSÉ À DES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES EXTRÊMES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES HEURES PRÉCÉDANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN, Y COMPRIS UNE SÉANCE DANS UN ENVIRONNEMENT DE CHALEUR ARTIFICIELLE, TEL QU'UN SAUNA ?</b> 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?	<input type="checkbox"/>	OUI - YES	<input type="checkbox"/>	NON - NO

**3. CONFIRMATION**

AGENT DE CONTRÔLE DU DOPAGE - DOPING CONTROL OFFICER	<input type="text"/>	SIGNATURE	<input type="text"/>	DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NOM - NAME				JJ / DD	M / M	AAAA / YYYY		
<p>JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS AINSI QUE LE NUMÉRO D'ÉCHANTILLON, QUE J'AI FOURNIS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT SONT EXACTS. 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. I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT INCLUDING SAMPLE CODE NUMBERS ARE 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.</p>									
NOM DU SPORTIF ATHLETE'S NAME	<input type="text"/>				SIGNATURE DU SPORTIF ATHLETE'S SIGNATURE	<input type="text"/>			

**1. INFORMATIONS CONCERNANT LA MISSION - MISSION INFORMATION**

N° d'ORDRE DE MISSION TEST MISSION CODE	<input type="text"/>	NUMÉRO DE CODE DE L'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	<input type="text"/>	TEMPÉRATURE AMBIANTE (CELSIUS) APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (CENTIGRADE)	<input type="text"/>	°C
FÉDÉRATION SPORTIVE NATIONALE AGRÉÉE / FEDERATION	<input type="text"/>					

**2. INFORMATIONS LIÉES AU PROFIL BIOLOGIQUE DU SPORTIF - ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION**

A. LE SPORTIF EST-IL RESTÉ EN POSITION ASSISE, SES PIEDS TOUCHANT LE SOL, PENDANT UNE PÉRIODE D'AU MOINS 10 MINUTES AVANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN?  
HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?

OUI - YES  NON - NO

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

OUI - YES  NON - NO

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

C. LE SPORTIF A-T-IL SÉJOURNÉ, PARTICIPÉ À UNE COMPÉTITION, À DES STAGES OU DES ENTRAÎNEMENTS À UNE ALTITUDE SUPÉRIEURE À 1500M AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?  
HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?

OUI - YES  NON - NO

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

NOM ET LIEU  
NAME AND LOCATION

ALTITUDE ESTIMÉE  
ESTIMATED ALTITUDE

DURÉE DU SÉJOUR  
DURATION OF STAY

DE FROM

À TO

JJ / DD M / M AAAA / YYYY JJ / DD M / M AAAA / YYYY

D. 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?  
HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?

OUI - YES  NON - NO

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

TYPE DE DISPOSITIF  
TYPE OF DEVICE

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

E. AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS, LE SPORTIF A-T-IL EFFECTUÉ UN DON DE SANG, PERDU DU SANG OU REÇU UNE(DES) TRANSFUSION(S) SANGUINE(S) À LA SUITE D'UNE URGENCE OU D'UN TROUBLE MÉDICAL?  
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?

OUI - YES  NON - NO

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

À QUEL MOMENT?  
WHEN

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

VOLUME ESTIMÉ DE LA PERTE DE SANG  
ESTIMATED VOLUME OF BLOOD

F. L'ÉCHANTILLON A-T-IL ÉTÉ PRÉLEVÉ IMMÉDIATEMENT APRÈS TROIS JOURS CONSÉCUTIFS AU MINIMUM D'UNE COMPÉTITION D'ENDURANCE INTENSIVE, PAR EXEMPLE UNE COURSE CYCLISTE PAR ÉTAPES ?  
WAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY FOLLOWING AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?

OUI - YES  NON - NO

G. LE SPORTIF A-T-IL ÉTÉ EXPOSÉ À DES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES EXTRÊMES AU COURS DES DEUX DERNIÈRES HEURES PRÉCÉDANT LE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON SANGUIN, Y COMPRIS UNE SÉANCE DANS UN ENVIRONNEMENT DE CHALEUR ARTIFICIELLE, TEL QU'UN 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?

OUI - YES  NON - NO

**3. CONFIRMATION**

