

ระเบียบคณะกรรมการควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา

ว่าด้วยการเก็บตัวอย่าง การเคลื่อนย้ายตัวอย่าง และการขนส่ง

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เห็นเป็นการสมควรให้มีการปรับปรุงระเบียบคณะกรรมการควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา ว่าด้วยการเก็บตัวอย่าง การเคลื่อนย้ายตัวอย่าง และการขนส่ง พ.ศ. ๒๕๕๗ เพื่อให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายการต่อต้านการใช้สารต้องห้ามโลก และประกาศการกีฬาแห่งประเทศไทย เรื่อง กฎการต่อต้านการใช้สารต้องห้ามของสำนักงานควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา ว่าด้วยการเก็บตัวอย่าง การเคลื่อนย้ายตัวอย่าง และการขนส่ง พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบคณะกรรมการควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา ว่าด้วยการเก็บตัวอย่าง การเคลื่อนย้ายตัวอย่าง และการขนส่ง พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“ตัวอย่าง” หมายความว่า ปัสสาวะ เลือด หรืออื่น ๆ ที่เก็บจากนักกีฬาตามที่องค์กรต่อต้านการใช้สารต้องห้ามโลก (World Anti - Doping Agency: WADA) กำหนด

“ศูนย์อำนวยความสะดวก” หมายความว่า ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเป็นการชั่วคราวในการแข่งขันกีฬารายการต่าง ๆ เพื่อเก็บตัวอย่างจากนักกีฬา

“ศูนย์ตรวจหาสารต้องห้าม” หมายความว่า ศูนย์ตรวจหาสารต้องห้ามในนักกีฬาที่ได้รับการรับรองจากองค์กรต่อต้านการใช้สารต้องห้ามโลก (World Anti - Doping Agency: WADA)

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา

ข้อ ๕ ในการดำเนินการเก็บตัวอย่าง ให้ผู้อำนวยการมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง ตามแบบที่องค์กรต่อต้านการใช้สารต้องห้ามโลก (World Anti - Doping Agency: WADA) กำหนด โดยอนุโลม

ข้อ ๖ การเก็บตัวอย่าง ให้เจ้าหน้าที่ลงรายละเอียดในแบบดำเนินการเพื่อรับการตรวจหาสารต้องห้าม (DOPING CONTROL FORM) ตามแบบ สคสภ. ๑

หากมีการลงรายละเอียดเพิ่มเติมให้นำแบบฟอร์มกรอกข้อมูลเพิ่มเติม (SUPPLEMENTARY REPORT FORM) ตามแบบ สคสภ. ๒

ข้อ ๗ การเคลื่อนย้ายตัวอย่างเพื่อนำส่ง ณ ศูนย์อำนวยการ หรือสำนักงาน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ลงรายละเอียดในแบบฟอร์มการขนส่งตัวอย่าง (CHAIN OF CUSTODY FORM) ตามแบบ สคส. ๓ ทำระเบียบนี้ และให้พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำศูนย์อำนวยการหรือสำนักงาน ในแต่ละวันตรวจสอบความถูกต้องของหมายเลขตัวอย่าง พร้อมลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้อ ๘ เมื่อปฏิบัติหน้าที่เสร็จเรียบร้อยในแต่ละวัน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เขียนรายงานผลการปฏิบัติงาน (DOPING CONTROL OFFICER REPORT FORM) ลงในแบบ สคส. ๔ พร้อมลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้อ ๙ การเคลื่อนย้ายตัวอย่างเพื่อนำส่ง ณ ศูนย์ตรวจหาสารต้องห้าม ให้ผู้อำนวยการ มีหนังสือถึงศูนย์ตรวจหาสารต้องห้ามเพื่อแจ้งกำหนดวัน เวลา จำนวน และหมายเลขตัวอย่างที่จะส่ง และให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการขนส่งตัวอย่างไปตามวัน และเวลาดังกล่าว

เมื่อนำส่งตัวอย่าง ณ ศูนย์ตรวจหาสารต้องห้ามแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์ตรวจหาสารต้องห้าม ลงลายมือชื่อเพื่อรับตัวอย่างลงในสำเนาหนังสือนำส่งไว้เป็นหลักฐาน

ข้อ ๑๐ กรณีขนส่งตัวอย่างโดยใช้บริการทางไปรษณีย์หรือบริษัทรับขนส่งพัสดุภัณฑ์ ให้ศูนย์ตรวจหาสารต้องห้าม ให้ถือว่าการขนส่งตัวอย่างให้แก่ศูนย์ตรวจหาสารต้องห้ามในครั้งนั้นเสร็จสิ้น นับตั้งแต่เจ้าหน้าที่ไปรษณีย์ หรือเจ้าหน้าที่ของบริษัทรับขนส่งพัสดุภัณฑ์ได้ออกใบรับของไว้เรียบร้อยแล้ว

ข้อ ๑๑ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

พิพัฒน์ รัชกิจประการ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

ประธานกรรมการควบคุมการใช้สารต้องห้ามทางการกีฬา



CHAIN OF CUSTODY FORM

แบบฟอร์มการเคลื่อนย้ายตัวอย่างปัสสาวะ

1. SAMPLE COLLECTION SESSION • ข้อมูลการเก็บตัวอย่าง

TEST MISSION CODE รหัสภารกิจปฏิบัติการ	OUT OF COMPETITION นอกการแข่งขัน	IN COMPETITION ในการแข่งขัน	NUMBER OF SAMPLES จำนวนตัวอย่าง
TEST LOCATION สถานที่เก็บตัวอย่าง	CITY / อำเภอ	STATE / จังหวัด	COUNTRY / ประเทศ
SPORT ชนิดกีฬา	DATE วันที่	TEMPERATURE DATA LOGGER NO. (IF APPLICABLE) เลขที่การบันทึกข้อมูล (ถ้ามี)	URINE / ปัสสาวะ BLOOD / เลือด

2. SAMPLE CODE NUMBERS AND ANALYTICAL INFORMATION • หมายเลขตัวอย่างและข้อมูลการวิเคราะห์

SAMPLE CODE NUMBERS หมายเลขตัวอย่างปัสสาวะ	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ข้อมูลการวิเคราะห์โดยเฉพาะ (ถ้ามี)	SAMPLE CODE NUMBERS หมายเลขตัวอย่างปัสสาวะ	SPECIFIC SAMPLE ANALYSIS (IF APPLICABLE) ข้อมูลการวิเคราะห์โดยเฉพาะ (ถ้ามี)
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ
A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ	A/B	ESAs GH GHRFs OTHER / อื่นๆ

OTHER LABORATORY ANALYSIS • การวิเคราะห์อื่น ๆ

- GC/C/IRMS • CG/C/SMRI
- INSULINS • อินซูลิน
- IGF-1 ANALOGUES • ANALOGUES D'IGF-1
- GH ISOFORMS • ไอโซฟอร์มของฮอร์โมนการเจริญเติบโต
- GH BIOMARKERS • คัดกรองชีวภาพของฮอร์โมนการเจริญเติบโต
- BLOOD TRANSFUSIONS • การถ่ายเลือด
- HBOCs • TRANSPORTEURS D'OXYGÈNE À BASE D'HÉMOGLOBINE (HBOC)
- OTHER • อื่นๆ

3. CHAIN OF CUSTODY, TRANSPORTATION AND STORAGE • การสำเนาปัสสาวะ, การขนส่ง, สถานที่จัดเก็บ

RECEIVED / SEALED BY รับ / ปิดผนึกโดย	NAME ชื่อ	SIGNATURE ลายมือชื่อ	POSITION/ROLE ตำแหน่ง/หน้าที่
DATE วันที่	TIME เวลา	SEAL NUMBER (IF APPLICABLE) หมายเลขปิดผนึก (ถ้าสามารถอ้างอิงได้)	
DETAILS OF LOCATION / TRANSPORTATION / STORAGE รายละเอียดสถานที่ / การขนส่ง/สถานที่จัดเก็บ			

RECEIVED BY รับโดย	NAME ชื่อ	SIGNATURE ลายมือชื่อ	POSITION/ROLE ตำแหน่ง/หน้าที่
DATE วันที่	TIME เวลา	SEAL NUMBER (IF APPLICABLE) หมายเลขปิดผนึก (ถ้าสามารถอ้างอิงได้)	
DETAILS OF LOCATION / TRANSPORTATION / STORAGE รายละเอียดสถานที่ / การขนส่ง/สถานที่จัดเก็บ			

4. SCP TRANSFER TO LABORATORY OR COURIER • เจ้าหน้าที่ควบคุมสารต้องห้ามส่งต่อไปยังห้องปฏิบัติการ หรือ ผู้นำส่งตัวอย่างปัสสาวะและเอกสาร

SCP NAME ชื่อ SCP	SIGNATURE ลายมือชื่อ	DATE วันที่	DROP-OFF TIME เวลาส่ง
IF TRANSFERRED TO LABORATORY / กรณีส่งต่อไปยังห้องปฏิบัติการ			
LAB REP. NAME ชื่อผู้รับที่ห้องปฏิบัติการ	LAB REP. POSITION ตำแหน่งผู้รับที่ห้องปฏิบัติการ	LAB REP. SIGNATURE ลายมือชื่อผู้รับที่ห้องปฏิบัติการ	
IF TRANSFERRED TO COURIER / กรณีส่งต่อไปยังผู้นำส่งตัวอย่างปัสสาวะและเอกสาร			
COMPANY NAME ชื่อบริษัท	WAYBILL NUMBER หมายเลขใบกำกับ	LOCATION สถานที่	
COURIER NAME ชื่อผู้ส่งเอกสาร	COURIER SIGNATURE ลายมือชื่อผู้ส่งเอกสาร		