



СТРОГО КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

№ _____

Форма для подачи запроса на терапевтическое использование (ТИ)
Пожалуйста, заполните все разделы заглавными печатными буквами или впечатайте
информацию

Спортсмен заполняет поля под номерами 1, 5, 6 и 7;

Врач заполняет поля под номерами 2, 3 и 4.

1. Информация о спортсмене

Фамилия _____

Имя _____

Отчество: _____

Фамилия (латиницей как в паспорте) _____

Имя (латиницей как в паспорте) _____

Мужской пол

Женский пол

Дата рождения (дд/мм/гггг) _____

Адрес _____

Город _____

Страна _____

Почтовый индекс _____

Номер городского телефона/номер мобильного телефона (с международным кодом)

Адрес электронной почты _____

Вид спорта _____

Дисциплина/Позиция _____

Международная или национальная спортивная федерация

Если Вы являетесь спортсменом с ограниченными физическими возможностями, укажите характер ограничений

2. Медицинская информация (если необходимо, продолжите на отдельном листе)

Диагноз: _____

В том случае, если для лечения может использоваться разрешенное медицинское средство, пожалуйста предоставьте обоснование для запроса на использование запрещенного средства:

Примечание:

Документы, подтверждающие диагноз должны быть приложены и отправлены вместе с данным запросом. Медицинская информация должна включать полную историю болезни спортсмена и результаты всех обследований и лабораторных анализов, а также рентгеновские и другие снимки и графики, имеющие отношение к данному запросу. Если возможно, также прилагаются копии оригиналов заключений или писем. Доказательства должны быть как можно более объективными в клинических обстоятельствах. В случае, когда какие-то состояния не могут быть проиллюстрированы, независимое медицинское заключение, подтверждающее диагноз, будет использовано при рассмотрении данной заявки.

ВАДА предоставляет в пользование ряд руководств для помощи врачам в подготовке полных и обоснованных запросов на ТИ. Руководства по ТИ для врачей доступны в разделе «Медицинская Информация» на сайте ВАДА: <https://www.wada-ama.org>. Данные Руководства помогают обосновать диагноз и лечение заболеваний, которые диагностируются у спортсменов и требуют использования запрещенных субстанций для их лечения.

3. Данные о препарате(ах)

№	Запрещенная(ые) субстанция(и): Непатентованное наименование/	Дозировка	Способ приема	Периодичность	Продолжительность лечения
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Примечание: _____

4. Декларация практикующего врача

Настоящим удостоверяю, что информация, указанная в разделе 2 и 3 является точной, и что вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями.

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Медицинская специализация: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Моб. _____

Факс: _____ E-mail: _____

Подпись практикующего врача: _____ Дата: _____

5. Ретроактивная подача

Является ли данный запрос ретроактивным?

Да

Нет

Если да, укажите дату начала лечения

Пожалуйста, укажите причину:

1. неотложная медицинская помощь или помощь при резком ухудшении состояния здоровья

2. в силу исключительных обстоятельств не было достаточно времени или возможности для того, чтобы подать запрос до сдачи пробы

3. примененные правила не требуют предварительной подачи

4. другое

Пожалуйста, укажите причину:

6. Предыдущие запросы

Вы подавали ранее запросы на разрешение ТИ? Да Нет

На использование какой субстанции/метода?

Кому? _____

Когда? _____

Решение: Выдано Отказано

7. Декларация спортсмена

Я, _____, настоящим удостоверяю, что информация, изложенная в пунктах 1, 5 и 6 является полной и достоверной. Настоящим я разрешаю предоставить мои персональные медицинские данные антидопинговой организации (АДО), а также уполномоченным сотрудникам ВАДА, КТИ ВАДА (комитет по выдаче разрешений на терапевтическое использование), КТИ и уполномоченным сотрудникам других АДО, которые имеют право получить доступ к данной информации в соответствии с положениями Всемирного антидопингового кодекса («Кодекс») и/или Международного стандарта по терапевтическому использованию.

Я разрешаю моему врачу(ам) предоставлять любую медицинскую информацию вышеуказанным лицам, которую они считают необходимой для рассмотрения и принятия решения по моему запросу.

Я понимаю, что информация, предоставленную при подаче запроса на ТИ, будет использоваться, только с целью рассмотрения запроса и в контексте расследования возможного нарушения антидопинговых правил и последующих разбирательств. Я также понимаю, что если я захочу 1) получить более полную информацию об использовании предоставленных мной данных; 2) воспользоваться своим правом доступа к этим данным или внесения исправлений в эти данные или 3) отозвать у этих организаций право получения данных о моём состоянии здоровья, я обязан письменно уведомить об этом моего лечащего врача и мою АДО. Я понимаю и соглашаюсь с возможной необходимостью хранения информации, связанной с запросом на ТИ, которая была получена от меня до отзыва моего разрешения, исключительно для целей установления возможного нарушения антидопинговых правил, где это предписывается *Кодексом*.

Я согласен с тем, что данный запрос будет доступен для всех АДО и других организаций, обладающих полномочиями на мое Тестирование и/или обработку результатов.

Я понимаю и принимаю тот факт, что получатели моей личной информации и решения, принятого по результатам запроса, могут находиться за пределами страны, где я проживаю. В разных странах законы о защите данных и конфиденциальности могут отличаться от законов страны моего проживания.

Я понимаю, что если я полагаю, что моя Личная информация не используется в соответствии с данным разрешением и Международным стандартом по защите частной жизни и персональных данных, я имею право подать жалобу в ВАДА или КАС.

Подпись спортсмена: _____ **Дата:** _____

Подпись родителя/представителя: _____ **Дата:** _____

(Если Спортсмен является Несовершеннолетним или лицом, с ограниченными физическими возможностями, которые мешают ему/ей подписать данную форму, то форму должен подписать один из родителей или опекун от имени Спортсмена).

Пожалуйста, вышлите заполненную форму одним из нижеприведенных способов:

1. Почтой или лично по адресу: 220020, г. Минск, пр-т Победителей, 109Б, учебно-спортивный корпус «Легкоатлетический манеж», пом. 305, учреждение «Национальное антидопинговое агентство»;
2. По электронной почте: nadabelarus@tut.by;
3. По факсу: +37517 238 03 31.

Запросы, заполненные ненадлежащим образом, будут возвращаться и должны подаваться повторно