

Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form

**Запрос на терапевтическое использование (ТИ)**

Please complete all sections in capital letters on English and Russian languages or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

***Заполните все разделы заглавными печатными буквами на английском и русском языке. Спортсмен заполняет поля под номерами 1, 5, 6 и 7; врач заполняет поля под номерами 2, 3 и 4. Неразборчиво или не полностью заполненные заявки будут возвращены и должны быть повторно представлены в разборчивой и полной форме.***

1. **Athlete Information *Информация о спортсмене***

|  |
| --- |
| Surname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Given Names: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Фамилия Имя***  Female  Male  Date of Birth (d/m/y): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Женщина Мужчина Дата рождения (д/м/г)***  Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Country:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postcode:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Город Страна Почтовый индекс***  Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Телефон***  (*with International code/****с международным кодом***)  Sport: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Discipline/Position: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Вид спорта Дисциплина/Позиция***  International or National Sport Organization:  ***Международная или национальная спортивная организация***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment:  ***Если вы Спортсмен с ограниченными физическими возможностями, пожалуйста, укажите данное ограничение***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Medical Information *Медицинская информация***

|  |
| --- |
| Diagnosis:  ***Диагноз***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:  ***В том случае, если для лечения может использоваться разрешенный медицинский препарат, предоставьте, пожалуйста, обоснование для запроса на использование запрещенной субстанции***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Comment:**

*Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.*

*WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term “Medical Information” on the WADA website: https://www.wada-ama.org. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.*

*Документы, подтверждающие диагноз должны быть приложены и отправлены вместе с данным запросом. Медицинская информация должна включать полную историю болезни спортсмена, результаты обследований и лабораторных анализов, а также визуализирующие исследования, имеющие отношение к данному запросу. Также по возможности прилагаются копии оригиналов заключений или писем. Доказательства должны быть максимально объективными в клиническом смысле. В случае если какие-либо состояния не могут быть проиллюстрированы, независимое медицинское заключение, подтверждающее диагноз, будет способствовать при рассмотрении данной заявки.*

*ВАДА предоставляет ряд руководств для врачей, которые используются при подготовке полных и обоснованных запросов на ТИ. Руководства по ТИ для врачей доступны в разделе «Медицинская Информация» на сайте ВАДА:* [*https://www.wada*](http://www.wada-ama.org/)*-*[*ama.org.*](http://www.wada-ama.org/) *Данные Руководства описывают диагнозы и лечение определенного набора заболеваний, часто диагностируемых у спортсменов и требующих использования запрещенных субстанций для их лечения.*

1. **Medication Details *Информация о лекарстве***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prohibited Substance(s): Generic name  ***Запрещенная(ые)***  ***Субстанция(и):***  ***Непатентованное наименование*** | Dose ***Дозировка*** | Route of Administration  ***Способ применения*** | Frequency  ***Частота применения*** | Duration of Treatment  ***Длительность лечения*** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. **Medical Practitioner’s Declaration *Декларация врача***

|  |
| --- |
| **I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.**  ***Настоящим удостоверяю, что информация в разделах 2 и 3 точная и вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями.***  Name:  ***ФИО:***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medical specialty:  ***Медицинская специализация***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Адрес***  Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Телефон***  Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature of Medical Practitioner: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Подпись врача Дата*** |

1. **Retroactive applications *Ретроактивная заявка***

|  |  |
| --- | --- |
| **Is this a retroactive application?**  ***Является ли данный запрос ретроактивным***  ***Yes:***  ***Да***  **No:**  ***Нет***  If yes, on what date was treatment started?  ***Если да, укажите дату начала лечения***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Please choose one:**  ***Пожалуйста, укажите причину***  Emergency treatment or treatment of an acute  Medical condition was necessary  ***Неотложная медицинская помощь или помощь при резком ухудшении состояния здоровья***  Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection  ***В силу исключительных обстоятельств не было достаточно времени или возможности для того, чтобы подать запрос до сдачи пробы***  Advance application not required under applicable  rules  ***Правила применения не требуют предварительной подачи***  Fairness (WADA and [IF/NADO] approval required)  ***Принцип справедливости***  Please explain:  ***Пожалуйста, укажите причину:***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Previous applications *Предыдущие запросы***

|  |
| --- |
| **Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?**  ***Подавали ли Вы ранее запрос на разрешение на ТИ в АДО?***  **Yes**  **No**  ***Да Нет***  For which substance or method?  ***На использование какой субстанции или метода?***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  To whom? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_When? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Кому? Когда?***  Decision: Approved  Not approved  ***Решение Одобрено Отказано*** |

1. **Athlete’s declaration *Декларация спортсмена***

**I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the relevant Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code *("Code")* and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.**

**I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.**

**I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the *Code*, *International Standards*, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.**

**I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.**

**I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. I understand that my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).**

**I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country.**

***Я,***

***настоящим удостоверяю, что указанная в разделах 1,5 и 6 информация является полной и достоверной. Настоящим я разрешаю предоставить мои персональные медицинские данные антидопинговой организации (НАДА), а также сотрудникам ВАДА, КТИ ВАДА (комитета по выдаче разрешения на терапевтическое использование) и прочих КТИ антидопинговых организаций в соответствии с положениями Кодекса и/или Международного Стандарта по Терапевтическому Использованию. На этих сотрудников распространяются профессиональные или договорные обязательства соблюдения конфиденциальности.***

***Я даю согласие на то, чтобы мои врачи предоставляли указанным выше лицам любую медицинскую информацию, которую они считают необходимой для рассмотрения и принятия решения по моему запросу.***

***Я понимаю, что предоставленные мной данные могут быть использованы только для рассмотрения моей заявки на выдачу разрешения на терапевтическое использование (ТИ) и только в контексте рассмотрения возможных нарушений антидопинговых правил.***

***Я также понимаю, что если я пожелаю 1) получить более полную информацию об использовании предоставленных мной данных; 2) воспользоваться своим правом доступа к этим данным, внесения исправлений, ограничений, возражений в эти данные или удаления их 3) отозвать у этих организаций право получения данных о моём состоянии здоровья, я обязан письменно уведомить об этом моего лечащего врача и АДО, под чьей юрисдикцией я нахожусь. Я понимаю и соглашаюсь с возможной необходимостью хранения информации, связанной с выдачей разрешения на ТИ, которая была получена от меня до отзыва моего разрешения, исключительно для целей установления возможного нарушения антидопинговых правил, в том случае, если это предписывается Кодексом, Международными стандартами или национальными антидопинговыми правилами или для установления, осуществления или защиты от судебного иска, касающегося меня, ВАДА и / или AДO.***

***Я согласен с тем, что решение по данному запросу будет доступно всем AДO или другим организациям, имеющим полномочия по тестированию меня и / или управлению результатом.***

***Я понимаю и принимаю тот факт, что получатели моей информации и решения по этому заявлению могут находиться за пределами страны, в которой я живу. В некоторых из этих стран законы о защите данных и конфиденциальности могут отличаться от соответствующих законов страны моего проживания. Я понимаю, что мои личные данные могут храниться в ADAMS, системе ВАДА, которая находится на серверах в Канаде в течение срока, указанного в Международном Стандарте по Защите Конфиденциальности и Персональных Данных (ISPPPI).***

***Я понимаю, что если я полагаю, что мои личные данные не используются в соответствии с данным разрешением и Международным Стандартом по защите Конфиденциальности и Персональных Данных, я имею право подать жалобу в ВАДА (privacy@wada-ama.org) или в национальный регуляторный орган, отвечающий за защиту данных в моей стране.***

***Я понимаю, что организации, упомянутые выше, могут полагаться и подчиняться национальным антидопинговым законам, которые отменяют мое согласие, или другим применимым законам, которые могут требовать раскрытия информации местным судам, правоохранительным или другим государственным органам. Я могу получить больше информации о национальных антидопинговых законах от моей Международной федерации или Национального антидопингового агентства.***

**Athlete’s signature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Подпись спортсмена Дата***

**Parent’s/Representative signature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Подпись родителя/подпись представителя Дата***

(If the Athlete is a Minor or has any limited physical abilities preventing him/her from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlet*e****)***

***(Если спортсмен является несовершеннолетним или имеет ограниченные физические возможности, препятствующие ему подписать данную декларацию, родитель или представитель подписывают ее от имени спортсмена)***

**Please submit the completed form to NADA by the following means (keeping a copy for your records):**

***Пожалуйста, подайте заполненную форму в НАДА одним из нижеприведенных способов (сохраняя копии всех документов):***

* **Почтой или лично по адресу/: 220020, г. Минск, пр-т Победителей, 109Б, учебно-спортивный корпус «Легкоатлетический манеж», пом.305, учреждение «Национальное антидопинговое агентство»**

*By mail or in person at: 220020, Minsk, Pobediteley Av., 109B, office 305, National Anti-doping Agency;*

* ***По электронной почте***

***email: result.management@nada.by***

* ***По факсу***

***fax: +37517 238 03 31.***

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

***Applications filled improperly will be returned and must be resubmitted.***