

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНО**

**CONFIDENTAL**

**Дата/Date**\_\_\_\_\_\_\_\_

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Запрос на терапевтическое использование (ТИ)**

**Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application**

**Заполните все разделы заглавными печатными буквами или напечатайте информацию**

**Please complete all sections in BLOCK CAPITALS or type information**

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

The athlete fills the fields numbered 1, 5, 6 and 7.

Врач заполняет поля под номерами 2, 3 и 4;

The doctor fills the fields numbered 2, 3 and 4.

1. **Информация о спортсмене**

**Athlete Information**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Surname**  **Имя, отчество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Given Names**  **Женщина Мужчина**  **Female**  **Male**  **Дата рождения (д/м/г)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Date of Birth (dd/mm/yy)**  **Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Address**   |  |  | | --- | --- | | **Город:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **City** | **Страна:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Country** |  |  |  | | --- | --- | | **Почтовый индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Postcode** | **Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Tel.**  ***укажите международный код***  ***/*** ***specify international code*** |   **Адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **E-mail**  **Вид спорта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sport**  **Дисциплина/Позиция:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Discipline/Position**  **Международная или национальная спортивная организация (федерация):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **International or National Sport Organization**  **Пожалуйста, отметьте подходящий вариант**  **Please tick one box as appropriate**  **Я вхожу в регистрируемый пул тестирования международной федерации**  **I am part of my International Federation’s Registered Testing Pool**  **Я вхожу в регистрируемый пул тестирования национальной антидопинговой организации**  **I am part of my National Anti-Doping’s Organization**  **Registered Testing Pool**  **Я принимаю участие в спортивном мероприятии, организованном международной федерацией, для которого требуется разрешение на ТИ, выдаваемое в соответствии с правилами международной федерации. Укажите название соревнования.**  **I am competing in an** **event organized by an International Federation where TUE, granted in accordance with the rules of the International Federation is required. Competition\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ничего из вышеперечисленного**  **None of the above**  **В случае, если спортсмен с ограниченными физическими возможностями, укажите характер ограничений\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **If the athlete with impairments , indicate the** **impairments** |

1. **Медицинская информация**

**Medical Information**

|  |
| --- |
| **Диагноз с достаточной медицинской информацией** (см. примечание):  **Diagnosis with sufficient medical information** (see comment)  **В том случае, если для лечения может использоваться разрешенный медицинский препарат, предоставьте обоснование для запроса на использование запрещенной субстанции:**  **If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication prescribed**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Пр имечание:**

**Comment**

*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*](http://www.wada-ama.org/)*-*[*ama.org.*](http://www.wada-ama.org/) *Данные Руководства помогают обосновать диагноз и лечение заболеваний, которые диагностируются у спортсменов и требуют использования запрещенных субстанций для их лечения.*

*Documents confirming the diagnosis should be attached and sent with this request. Medical information should include the athlete’s full medical history and all examinations and laboratory tests, as well as X-ray and other images and graphs related to this request. If possible, copies of the original findings or letters are also attached. Evidence should be as objective as possible in clinical circumstances. If some states cannot be illustrated, an independent medical report confirming the diagnosis will be used when considering this application.*

*WADA provides a number of guidelines to help physicians prepare complete and reasonable requests for TUE. TUE manuals for physicians are available in the Medical Information section of the WADA website: https://www.wada-ama.org. These guidelines help to justify the diagnosis and treatment of diseases that are diagnosed and require the use of prohibited substances for the athlete’s treatment.*

1. **Информация о препарате**

**Medication Details**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Запрещенная(ые) субстанция(и):**  ***Непатентованное***  ***наименование/***  **Prohibited substance(s):**  ***Generic name*** | **Дозировка**  **Dose and units of administration** | **Способ применения**  **Route of administration** | **Частота применения**  **Frequency of administration** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Предполагаемый срок лечения:**  (*Отметьте галочкой*)/  **Intended duration of treatment:**  (*Please tick appropriate box*) | Однократно/once only  в критической ситуации/emergency  или срок (неделя/месяц)/or duration (weeks/months):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Примечание:**

**Comments:**

1. **Декларация врача**

**Medical Practitioner Declaration**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Настоящим удостоверяю, что вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями, и использование альтернативных медицинских препаратов не из запрещенного списка было бы неудовлетворительным при лечении данного заболевания**  **I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.**  ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name  Медицинская специализация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medical specialty  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Address   |  |  | | --- | --- | | Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. | Факс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fax |   Адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail  Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature of Medical Practitioner  Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date |

1. Ретроактивная подача

Retroactive Applications

|  |  |
| --- | --- |
| **Является ли данный запрос ретроактивным?**  **Is this retroactive application?**  Да/Yes  Нет/No | **Пожалуйста, укажите причину:**  **Please indicate the reason**   1. неотложная медицинская помощь или помощь при резком ухудшении состояния здоровья   emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary   1. в силу исключительных обстоятельств не было достаточно времени или возможности для того, чтобы подать запрос до сдачи пробы   due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection  3. примененные правила не требуют предварительной подачи  advance application not required under applicable rules  4.другое  other  Пожалуйста, укажите причину:  Please indicate the reason  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Если да, укажите дату начала лечения**  **If yes, indicate the date of beginning of the treatment.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Подавали ли Вы ранее запрос на разрешение на ТИ:**  **Have you submitted any previous TUE application**  **да/yes нет/no**  **На использование какой субстанции?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **What substance?**  **Кому?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **What**  **Organization?**  **Когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **When?**  **Решение:** Разрешено Отказано  **Decision**  Approved Not approved |

1. **Декларация спортсмена**

**Athlete’s Declaration**

|  |
| --- |
| Я,  настоящим удостоверяю, что указанная в пункте 1 информация является полной и достоверной, и я запрашиваю разрешение на использование субстанции или метода из Запрещенного списка ВАДА. 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.  Я понимаю, что предоставленные мной данные могут быть использованы только для рассмотрения моей заявки на выдачу разрешения на терапевтическое использование (ТИ) и только для рассмотрения возможных нарушений антидопинговых правил.  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 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, где это предписывается Кодексом.  Я понимаю, что если я полагаю, что мои личные данные не используются в соответствии с данным разрешением и Международным стандартом защиты частной жизни и личной информации, я имею право подать жалобу в ВАДА и в КАС.  I, certify that the information provided under Section 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (NADA) 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 provisions of the Code.  I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction 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 sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.  I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information I can file a complaint to WADA or CAS.  **Подпись спортсмена:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Athlete’s signature**  **Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Date**  **Подпись родителя/подпись представителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Parent/guardian signature:**  **Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Date**  (если спортсмен является несовершеннолетним или имеет ограниченные физические возможности, препятствующие ему подписать данную декларацию, родитель или представитель подписывают ее от имени спортсмена)  (if the athlete is a minor or has a impairment preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete) |

Пожалуйста, вышлите заполненную форму одним из нижеприведенных способов: Please send the completed form in one of the following ways

1. 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;

1. По электронной почте

email: result.management@nada.by

1. 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.**

**Пожалуйста, предоставьте заполненную форму в НАДА и оставьте себе копии Ваших документов.**

**Please submit the completed form to the NADA and keep copies of your documents.**