



Заявление на разрешение на терапевтическое использование (TUE) запрещенных субстанций и методов

Все пункты заполняются либо заглавными печатными буквами, либо на компьютере. Спортсмен заполняет пункты 1, 5, 6 и 7; врач заполняет пункты 2, 3 и 4. «Нечитаемые» или незаполненные должным образом заявления возвращаются заявителям для исправления недочетов, заполнения заявления должным образом.

1. Информация о спортсмене

Фамилия: _____ Имя: _____
жен муж Дата рождения: _____
(дд / мм / гггг)

Адрес: _____

Город: _____ Страна: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: + _____ Email: _____
(с международным кодом)

Вид спорта: _____ Дисциплина/должность: _____

Наименование Национальной или Международной Организации: _____

Для спортсменов с ограниченными физическими возможностями указать сферу ограничения: _____

2. Медицинская информация (при необходимости продолжить на отдельном листе)

Диагноз: _____

Если для лечения спортсмена возможно использование разрешенных препаратов, нужно указать причины, почему необходимы для проведения лечения субстанции и методы из Запрещенного списка.

Примечание:

Доказательства, подтверждающие диагноз спортсмена, прилагаются к этому заявлению. Медицинские данные включают в себя полную историю болезни с результатами всех обследований, лабораторных исследований, а также рентгеновские снимки и т.д. Копии всех заключений врачей также прилагаются. Доказательства, с медицинской точки зрения, должны быть как можно объективнее. В случае, когда какие-то состояния не могут быть проиллюстрированы, независимое медицинское заключение, подтверждающее диагноз, будет использовано при рассмотрении данной заявки.

Руководство ВАДА направлено на помощь врачам в подготовке заявления TUE. В данном руководстве находится информация о диагнозах, заболеваниях, способах лечения и т.д. См. официальный сайт ВАДА: <https://www.wada-ama.org>.



Заявление на разрешение на терапевтическое использование (TUE) запрещенных субстанций и методов

3. Информация о препарате

Запрещенная субстанция(и): Наименование	Дозировка	Способ применения	Частота применения	Продолжительность курса применения
1.				
2.				
3.				

4. Декларация врача

Настоящим подтверждаю, что вышеупомянутая информация в пунктах 2 и 3 является достоверной, вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями,

ФИО: _____

Медицинская специализация: _____

Адрес: _____

Тел: + _____

Факс: + _____

Email: _____

Подпись врача: _____ Дата: _____
(дд / мм / гггг)

5. Ретроактивное заявление

Началось ли применение запрещенных субстанций до подачи заявления?

Да: Нет:

Если да, то указать дату начала применения

_____ (дд / мм / гггг)

Укажите причину начала применения:

Неотложное лечение или резкое ухудшение здоровья спортсмена

Другие исключительные обстоятельства, в виду которых не было достаточно времени для подачи заявления

Примененные правила не требуют предварительной подачи

Другое

Поясните причину: _____



Заявление на разрешение на терапевтическое использование (TUE) запрещенных субстанций и методов

6. Предыдущие заявления

Подавали ли Вы ранее заявления TUE?

Да: Нет:

На использование какой субстанции? _____

Кому? _____

Когда? _____
(дд / мм / гггг)

Решение одобрено:

Да

Нет

7. Декларация спортсмена

Я, _____, настоящим удостоверяю, что изложенная в пунктах 1, 5 и 6 информация 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 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, предоставленная при подаче запроса на ТИ, будет использоваться, только с целью рассмотрения запроса и в контексте расследования возможного нарушения антидопинговых правил и последующих разбирательств. Я 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 моем 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 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 используются 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: _____
(дд / мм / гггг)

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____
(дд / мм / гггг)

(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)



Заявление на разрешение на терапевтическое использование (TUE) запрещенных субстанций и методов

Заполненная форма заявления(1- 3 стр) представляется в Секретариат МКСГ
(office@ciss.org). Копии хранятся у спортсменов.

International Committee of Sports for the Deaf
Maison du Sport International
Av. de Rhodanie 54
Lausanne, CH-1007
Switzerland
fax: +7 499 255 04 36
e-mail: office@ciss.org
website: www.deaflympics.com