

ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАПРОСА

Разрешение на Терапевтическое Использование (ТИ)

Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами. Спортсмен заполняет поля под номерами 1, 5, 6 и 7; Врач заполняет поля под номерами 2, 3 и 4. Запросы, оформленные неразборчиво или заполненные не в полной мере, будут возвращены для повторного предоставления в разборчивом и завершённом виде.

1. Информация о спортсмене

Фамилия: _____	Имя: _____	
Мужской пол <input type="checkbox"/>	Женский пол <input type="checkbox"/>	Дата рождения (день/месяц/год): _____
Адрес: _____		
Город: _____	Страна: _____	Индекс: _____
Тел.: _____ (с международным кодом)	E-mail: _____	
Вид спорта: _____	Дисциплина/Позиция: _____	
Международная или Национальная Федерация: _____		
Если Вы являетесь Спортсменом с ограниченными физическими возможностями, уточните, пожалуйста: _____		

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

Диагноз:

В том случае, если для лечения данного заболевания может быть использовано разрешенное медицинское средство, пожалуйста, предоставьте медицинское обоснование для использования запрашиваемой запрещенной субстанции.

Комментарий:

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. Медицинские детали

Запрещенное вещество (вещества): <u>Непатентованное наименование</u>	Дозировка	Способ приема	Периодичность	Продолжительность лечения
1.				
2.				
3.				

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.

Имя: _____

Медицинская специализация:

Адрес: _____

Телефон.: _____

Факс: _____

E-mail: _____

Подпись практикующего врача: _____ Дата: _____

5. Ретроактивная подача

<p>Является ли данный запрос ретроактивным?</p> <p>Да: <input type="checkbox"/></p> <p>Нет: <input type="checkbox"/></p> <p>Если да, укажите дату начала лечения?</p> <p>_____</p>	<p>Пожалуйста, укажите причину:</p> <p>неотложная медицинская помощь или помощь при резком ухудшении состояния здоровья <input type="checkbox"/></p> <p>в силу исключительных обстоятельств не было достаточного времени или возможности для того, чтобы подать запрос до сдачи пробы <input type="checkbox"/></p> <p>примененные правила не требуют предварительной подачи <input type="checkbox"/></p> <p>другое <input type="checkbox"/></p> <p>Пожалуйста, объясните:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

6. Предыдущие запросы

<p>Вы подавали ранее запросы на ТИ?</p> <p>На какую субстанцию или метод?</p> <p>_____</p> <p>Кому? _____ Когда? _____</p> <p>Решение: Выдано <input type="checkbox"/></p>	<p>Да <input type="checkbox"/></p> <p>Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Отказано <input type="checkbox"/></p>
---	---

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 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: _____

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 по следующему адресу: 125284, г. Москва, ул. Беговая, д. 6А

Российское антидопинговое агентство «РУСАДА»

2) по электронной почте: rusada@rusada.ru

3) по факсу: (495) 788-40-60

РАА «РУСАДА» рекомендует оставлять себе копию поданного запроса для ответов на возможные вопросы, которые могут возникнуть в ходе рассмотрения запроса на ТИ.