



ОБРАЗЕЦ

Запрос на терапевтическое использование (ТИ) Therapeutic Use Exemptions (TUE)

**Заполните все разделы заглавными печатными буквами или впечатайте информацию/
Please complete all sections in capital letters or typing**

1. Данные о спортсмене/Athlete Information

Фамилия/Surname: *Иванов*

Имя, отчество/Given Names: *Петр Сидорович*

Женщина/Female Мужчины/Male Дата рождения (д/м/г)/Date of Birth (d/m/y) *20.03.1973 г.*

Адрес/Address: *ул. Ивана Крузенитерна, д. 1, корп. 2, кв. 31*

Город/City: *Мурманск* Страна/Country: *Россия*

Почтовый индекс/Postcode: *183038* Телефон/Tel.: *+7-815-765-43-21*
укажите международный код/with international code

Адрес электронной почты/E-mail: *ivanov@elpochta.ru*

Вид спорта/Sport: *стрельба из лука*

Дисциплина/Позиция/Discipline/Position: *блочный лук/90 м*

Международная или национальная спортивная организация (федерация)/International or

National Sport Organization: *Национальная федерация стрельбы из лука*

Пожалуйста, отметьте подходящий вариант:

Я вхожу в регистрируемый пул тестирования международной федерации/I am part of an International Federation Registered Testing Pool

Я вхожу в регистрируемый пул тестирования национальной антидопинговой организации/I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool

Я принимаю участие в спортивном событии, организованном международной федерацией, для которого требуется разрешение на ТИ, выдаваемое в соответствии с правилами международной федерации¹. Укажите название соревнования/I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required¹. Name of the competition: _____

Ничего из вышеперечисленного/None of the above

В случае, если спортсмен с ограниченными физическими возможностями, укажите характер ограничений/If athlete with disability, indicate disability: _____

2. Медицинская информация/Medical information

Диагноз с достаточной медицинской информацией (см. примечание 1)/Diagnosis with sufficient medical information (see note 1): *Гипертоническая болезнь 2 ст. Проведенные исследования: ЭКГ, исследование сосудов глазного дна, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови. Данные исследований прилагаются.*

В том случае, если для лечения может использоваться разрешенное медицинское средство, предоставьте обоснование для запроса на использование запрещенного средства/If a permitted

medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication: *В процессе лечения использовались блокаторы кальциевых каналов, ангиотензин-2 рецепторов, ингибиторы АПФ, альфа-адренергические блокаторы. Проводимое лечение оказалось неэффективным (выписка из истории болезни прилагается).*

3. Информация о препарате/Medication details

Запрещенная(ые) субстанция(и): <i>Непатентованное наименование/</i> Prohibited substance(s): <i>Generic name</i>	Дозировка/Dose	Способ применения/Route	Частота применения/Frequency
1. <i>Бисопролол</i>	<i>5 мг</i>	<i>перорально</i>	<i>1 раз в сутки</i>
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 (week/month):

6 месяцев

Подавали ли Вы ранее запрос на разрешение на ТИ/Have you submitted any previous TUE application:

да/yes нет/но

На использование какой субстанции?/For which substance? *фуросемид*

Кому?/To whom? *НП НАДО «РУСАДА»*

Когда?/When? *14.06.2010 г.*

Решение/Decision: Разрешено/Approved Отказано/Not approved

4. Декларация врача/Medical practitioner's 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 that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

ФИО/Name: *Кузнецов Михаил Николаевич*

Медицинская специализация/Medical specialty: *врач спортивной медицины*

Адрес/Address: **103029, г. Москва, 1-я ул. Строителей, д. 6, кв. 328**

Телефон/Tel: **+7-495-123-45-67**

Факс/Fax: **+7-495-123-45-67**

Адрес электронной почты/E-mail: **kuznetsov@elpochta.ru**

Подпись врача/Signature of Medical Practitioner: **Подпись**

Дата/Date: **13.01.2011 г.**

5. Декларация спортсмена/Athlete's declaration

Я, **Иванов Петр Сидорович**

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 (АДО), 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 САС./

I, certify that the information under 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 (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 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 *Подпись*

Дата/Date: *13.01.2011 г.*

Подпись родителя/подпись представителя/Parent's/Guardian's 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 disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)

6. Примечание/Note:

*Примечание 1/
Note 1*

Диагноз

Доказательства, подтверждающие диагноз, должны быть приложены к настоящему запросу и направлены вместе с ним. Медицинские доказательства должны 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 отчетов или писем. Доказательства должны быть как можно более объективными в данных обстоятельствах, а в случае, когда какие-то состояния не могут быть проиллюстрированы, прилагается независимое медицинское заключение, подтверждающее диагноз, которое поможет рассмотрению данной заявки.

Diagnosis

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should 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 and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

**Запросы, заполненные ненадлежащим образом, будут возвращаться и должны подаваться повторно/
Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted**

**Пожалуйста, предоставьте заполненную форму в АДО и оставьте себе копии Ваших документов/
Please submit the completed form to the ADO and keep a copy for your records**

**Запрос с соответствующими документами можно направить по факсу (495) 788-40-60
или почтой (125284, г. Москва, ул. Беговая, д. 6А).**