



Национальный антидопинговый центр
Республики Казахстан

БЛАНК ЗАПРОСА НА ТИ

(разрешение на Терапевтическое использование)

Заполните, пожалуйста, все разделы заглавными печатными латинскими буквами или наберите на компьютере. Диагноз должен быть представлен на английском языке с указанием кода МКБ-10. Название субстанций, на которые запрашивается ТИ, заполнять на латинском языке. Спортсмен должен заполнить разделы 1, 5, 6 и 7, врач должен заполнить разделы 2, 3 и 4. Неразборчиво или не полностью заполненные запросы будут возвращены для повторной подачи после оформления и заполнения недостающей информации.

1. Информация о спортсмене

Фамилия: _____ Имя: _____

Муж Жен

Дата рождения (д/м/г): _____

Адрес: _____

Город: _____ Страна: _____ Индекс: _____

Тел: _____ Электронная почта: _____

(с кодом страны)

Вид спорта: _____ Дисциплина/Позиция: _____

Международная или национальная федерация: _____

Если Вы являетесь Спортсменом с ограниченными физическими возможностями, уточните, пожалуйста: _____

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

Диагноз:

В том случае, если для лечения может использоваться разрешенное медицинское средство, пожалуйста, предоставьте обоснование для запроса на использование запрещенного средства

Примечание

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 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.
--	--

3. Медицинские детали

Запрещенная субстанция(и): Непатентованное наименование	Дозировка	Путь введения	Частота	Продолжительность приема
1.				
2.				
3.				
4.				

4. Декларация врача

<p>Настоящим удостоверяю, что информация, указанная в разделе 2 и 3 является точной, и что вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями.</p>	
<p>Фамилия: _____</p>	
<p>Медицинская специализация: _____</p>	
<p>Адрес: _____</p>	
<p>Тел.: _____</p>	
<p>Факс: _____</p>	
<p>Электронная почта: _____</p>	
<p>Подпись врача: _____</p>	<p>Дата: _____</p>
<p>_____</p>	

5. Ретроактивные запросы

<p>Это ретроактивное ТИ?</p> <p>Да: <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Нет:</p> <p>Если да, то когда началось лечение?</p> <hr/>	<p>Пожалуйста, укажите причины:</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> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

6. Предыдущие запросы

<p>Подавали ли Вы ранее запрос(ы) на ТИ?</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>На какую субстанцию или метод?</p> <hr/>
<p>Кому? _____ Когда? _____</p>
<p>Решение: Выдано <input type="checkbox"/> Отказ <input type="checkbox"/></p>

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, 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 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 используется 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/опекуна: _____ 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 по адресу г. Алматы, ул. Муканова, 241, оф. 2б, РГУ «Национальный антидопинговый центр»

посредством (оставляя себе копию запроса): почтовой службы или email antidopingkaz@mail.ru