

## Приложение 2: Бланк запроса на ТИ

Название *Антидопинговой организации*  
(логотип или название АДО)

### БЛАНК ЗАПРОСА НА ТИ (разрешение на Терапевтическое использование)

Заполните, пожалуйста, все разделы заглавными печатными буквами или наберите на компьютере. 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 <input type="checkbox"/>	Жен <input type="checkbox"/>	Дата рождения (д/м/г):	_____
Адрес:	_____		
Город:	_____	Страна:	_____
Индекс:	_____		
Тел:	_____	Электронная почта:	_____
<small>(с кодом страны)</small>			
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. Декларация врача

**Настоящим удостоверяю, что информация, указанная в разделе 2 и 3 является точной, и что вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями.**

Фамилия \_\_\_\_\_

Медицинская специализация:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Факс: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Ретроактивные запросы

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

## 6. Предыдущие запросы

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

## 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 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/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 \_\_\_\_\_  
посредством (оставляя себе копию запроса): \_\_\_\_\_**