

**ЗАПИТ НА ОТРИМАННЯ ДОЗВОЛУ НА ТЕРАПЕВТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ (ДТВ)**

Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form

Будь ласка, заповніть усі розділи великими літерами або друкованими літерами. Спортсмен заповнює розділи 1, 2, 3 і 7; лікар заповнює розділи 4, 5 і 6.

Заповнені нерозбірливо або неповні заявки будуть повернуті, і їх необхідно буде подати повторно в розбірливому і повному вигляді.

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СПОРТСМЕНА/ATHLETE INFORMATION	
Ім'я (імена) First Name(s)	Адреса Address
Прізвище Last Name	Місто City
Ж/Female: <input type="checkbox"/> Ч/Male: <input type="checkbox"/>	Країна Country
Дата народження(день/місяць/рік): Date of birth(dd/mm/yyyy)	Поштовий індекс: Postcode
Спорт: Sport	Телефон(з міжнародним кодом) Telephone(with International code)
Дисципліна Discipline	Електронна пошта: E-mail
2. ПОПЕРЕДНІ ЗАЯВКИ / PREVIOUS APPLICATIONS	
<p>Чи подавали ви раніше заявки на отримання дозволу на терапевтичне використання в будь-яку антидопінгову організацію у зв'язку з тим самим захворюванням?</p> <p>Have you submitted any previous TUE application(s) to any Anti-Doping Organization for the same condition?</p> <p>Так/Yes <input type="checkbox"/>    Ні/No <input type="checkbox"/></p>	
<p>Для якої речовини (речовин) або методу (методів)?</p> <p>For which substance(s) or method(s)?</p>	
Кому? To whom?	Коли? When?
Рішення: Decision	<input type="checkbox"/> Затверджено/ Approved <input type="checkbox"/> Не затверджено/ Not approved

### 3. ЗАПИТ НА РЕТРОАКТИВНИЙ ДТВ / RETROACTIVE APPLICATIONS

Це запит на ретроактивний ДТВ? / Is this a retroactive application?  Так /Yes  Ні / No

Чи застосовуються якісь з наступних винятків? (Стаття 4.1 Міжнародного стандарту з терапевтичного використання ВАДА):

Do any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE):

- 4.1 (a) - Вам потрібна екстрена або невідкладна медична допомога.
- 4.1 (b) - У вас було недостатньо часу, можливості або інші виняткові обставини, які не дозволили вам подати запит на ДТВ або пройти її оцінку до початку тестування.
- 4.1 (c) - Вам не було дозволено або ви не були зобов'язані заздалегідь подавати запит на отримання ДТВ відповідно до антидопінгових правил. Натисніть тут, щоб ввести текст.
- 4.1 (d) - Ви спортсмен нижчого рівня, який не перебуває під юрисдикцією міжнародної федерації або національної антидопінгової організації, і пройшли тестування.
- 4.1 (e) - Ви отримали позитивний результат після вживання речовини поза змаганнями, яка була заборонена тільки під час змагань, наприклад, глюкокортикоїди S9 (див. Заборонений список).

Будь ласка, поясніть (якщо необхідно, додайте інші документи)

Інші ретроактивні запити на ДТВ (стаття 4.3 Міжнародного стандарту з терапевтичного використання ВАДА)

Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3)

У рідкісних і особливих випадках, незважаючи на будь-які інші положення Міжнародного стандарту з терапевтичного використання, спортсмен може подати запит і отримати ретроактивний ДТВ, якщо, беручи до уваги мету Кодексу, було б явно несправедливо не надати ретроактивний ДТВ.

Щоб подати запит за статтею 4.3, будь ласка, надайте повне обґрунтування та додайте всю необхідну супровідну документацію.

Лікар заповнює розділи 4, 5 і 6.

**4. МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ (будь ласка, додайте відповідні медичні документи)**  
Вкажіть діагноз, захворювання, проведені дослідження. Будь ласка, використовуйте класифікацію Одинадцятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якщо це можливо) / MEDICAL INFORMATION

**5. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКИ / MEDICATION DETAILS**

Заборонена(і) речовина(и)/метод(и) Загальна(і) назва(и) Prohibited Substance(s)/Method(s) Generic name(s)	Дозування Dosage	Спосіб призначення Route of Administration	Частота Frequency	Тривалість лікування Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

До запиту необхідно додати та надіслати докази, що підтверджують діагноз. Медична інформація повинна включати повну історію хвороби та результати всіх відповідних обстежень, лабораторних досліджень та візуалізаційних досліджень. Якщо можливо, слід додати копії оригінальних звітів або листів. Крім того, корисним буде коротке резюме, що включає діагноз, основні елементи клінічних обстежень, медичні аналізи та план лікування.

Якщо дозволений препарат може бути використаний для лікування медичного стану, будь ласка, надайте обґрунтування для терапевтичного використання забороненого препарату.

ВАДА підтримує серію контрольних списків для спортсменів і лікарів, щоб допомогти їм у підготовці повних і детальних заявок на отримання ДТВ. Доступ до них можна отримати, ввівши пошуковий термін "Checklist" на веб-сайті ВАДА: <https://www.wada-ama.org>.

**6. ДЕКЛАРАЦІЯ ЛІКАРЯ / MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION**

Я підтверджую, що інформація в розділах 4, 5 і 6 є точною. Я визнаю і погоджуюся, що моя особиста інформація може бути використана антидопінговою організацією (АДО) для зв'язку зі мною щодо цієї заяви на ДТВ, для перевірки професійної оцінки у зв'язку з процесом видачі ДТВ або у зв'язку з розслідуванням або розглядом порушень антидопінгових правил. Я також визнаю і погоджуюся з тим, що моя особиста інформація буде завантажена в систему антидопінгового адміністрування та менеджменту (ADAMS) для цих цілей (див. [ADAMS Privacy Policy](#) (Політику конфіденційності ADAMS для отримання більш детальної інформації)).

**Ім'я:**

Name

**Медична спеціальність:**

Medical specialty

**Номер ліцензії:**

License number

**Текст ліцензії:**

License body

**Адреса:**

Address

**Місто:**

City

**Країна:**

Country

**Поштовий індекс:**

Postcode

**Телефон:**

Telephone: *(with International code)*

**Факс:**

Fax

**Електронна пошта:**

E-mail

**Підпис лікаря:**

Signature of Medical Practitioner

**Дата:**

Date

## 7. ДЕКЛАРАЦІЯ СПОРТСМЕНА/ATHLETE'S DECLARATION

Я, \_\_\_\_\_, підтверджую, що інформація, викладена в розділах 1, 2, 3 і 7, є точною і повною.

Я уповноважую свого лікаря (лікарів) надати медичну інформацію та записи, які вони вважають необхідними для оцінки переваг моєї заявки на ДТВ, наступним одержувачам: Антидопінговій організації (АДО), відповідальній за прийняття рішення про надання, відхилення або визнання мого ДТВ; Всесвітньому антидопінговому агентству (ВАДА), яке відповідає за те, щоб рішення, прийняті АДО, відповідали МСТВ; лікарям, які є членами відповідних комітетів з ДТВ ("КТВ") АДО і ВАДА, яким може знадобитися розглянути мою заяву відповідно до Всесвітнього антидопінгового кодексу і міжнародних стандартів; а також, якщо це буде необхідно для оцінки моєї заяви, іншим незалежним медичним, науковим або юридичним експертам.

Я також уповноважую \_\_\_\_\_ передати мій повний запит на ДТВ, включаючи супровідну медичну інформацію та записи, іншим АДО та ВАДА з причин, описаних вище, і я розумію, що цим одержувачам також може знадобитися надати мій повний запит своїм КТВ і відповідним експертам для оцінки моєї заяви.

Я прочитав і зрозумів Повідомлення про конфіденційність ДТВ (нижче), в якому пояснюється, як моя особиста інформація буде оброблятися у зв'язку з моїм запитом на отримання ДТВ, і я приймаю ці умови.

Підпис спортсмена

Athlete's signature

**Дата**

Date

**Підпис батьків/опікуна**

Parent's Guardian's signature

**Дата**

Date

Якщо спортсмен є неповнолітнім або має вади, які не дозволяють йому підписати цю форму, батьки або опікуни повинні підписати її від імені спортсмена.