



Контрольная форма для заявки на терапевтическое использование (ТИ):

### **Почечная трансплантация**

*Запрещенное вещество: Системные глюкокортикоиды, ЭПО, диуретики, бета-адреноблокаторы, индуцируемый гипоксией фактор (HIF), ингибиторы пролилгидроксилазы*

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к заявке на ТИ, которые позволяют комиссии по ТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного Стандарта по ТИ (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы заявки на ТИ недостаточно; **ДОЛЖНЫ** быть представлены подтверждающие документы. Заполненная заявка и контрольный список НЕ гарантируют выдачу разрешения на ТИ. И наоборот, в некоторых ситуациях законное приложение может не включать каждый элемент в контрольный список.

<input type="checkbox"/>	<b>Форма заявки на ТИ должна содержать:</b>
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны заполняться разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Обратите внимание, что одной только заполненной формы заявки на ТИ недостаточно; <b>ДОЛЖНЫ</b> быть представлены подтверждающие документы. Заполненная заявка и контрольный список НЕ гарантируют выдачу разрешения на ТИ. И наоборот, в некоторых ситуациях законное приложение может не включать каждый элемент в контрольный список.
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	<b>Медицинское заключение должно включать следующие детали:</b>
<input type="checkbox"/>	История болезни: возраст появления симптомов, симптомы, диагностическое обследование у лечащего врача
<input type="checkbox"/>	История снижения почечной функции и связанные с этим доказательства того, что критерии для почечной трансплантации были выполнены или подписаны нефрологом / почечным врачом. Это может исходить от семейного врача, если он одобрен нефрологом
<input type="checkbox"/>	Хирургическое заключение о трансплантации за подписью хирурга
<input type="checkbox"/>	В случае нарушения трансплантата / дисфункции, свидетельство или подпись нефролога / почечного врача
<input type="checkbox"/>	В случае сердечно-сосудистых осложнений: свидетельство артериальной гипертонии или ишемической болезни сердца с терапевтическим обоснованием для бета-блокатора лечащим врачом / кардиологом
<input type="checkbox"/>	Назначаемое (ые) вещество (а) (системные глюкокортикоиды, ЭПО, диуретики, бета-адреноблокаторы, ингибиторы пролилгидроксилазы, индуцируемые гипоксией (HIF) - все это запрещено), включая дозировку, частоту, путь введения для каждого вещества
<input type="checkbox"/>	<b>Результаты диагностического теста / шкалы должны включать копии:</b>
<input type="checkbox"/>	Лабораторные тесты, документирующие снижение почечной функции до трансплантации; результаты крови, свидетельствующие об анемии при лечении ЭПО
<input type="checkbox"/>	Показания артериального давления; ЭКГ, коронарная КТ, эхокардиография, коронарная ангиография и т.д. В случае применения диуретиков или бета-адреноблокаторов
<input type="checkbox"/>	<b>Дополнительная информация, включая:</b>
<input type="checkbox"/>	Согласно спецификации антидопинговой организации