



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: _____	
<input type="checkbox"/> Муж	<input type="checkbox"/> 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

**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><input type="checkbox"/></p> <p>Нет:</p> <p>Если да, то когда началось лечение?</p> <hr/>	<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> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

## 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> <hr/>		
<p>Кому? _____ Когда? _____</p>		
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 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 Заявки по адресу г. Алматы, пр. Сейфуллина, д. 563А, оф. 500, РГКП «Национальный антидопинговый центр» посредством (оставляя себе копию запроса): почтовой службы или email [antidopingkaz@mail.ru](mailto:antidopingkaz@mail.ru), [info@kaznadc.kz](mailto:info@kaznadc.kz)**