

ТҚ-ға СҰРАНЫМ БЛАНКІ (Терапиялық мақсатта қолдануға рұқсат)

Барлық бөлімдерді латынша баспа бас әріптермен толтырыңыз немесе компьютермен теріңіз. Диагноз ағылшын тілінде ICD-10 коды көрсетіле отырып берілуі керек. ТП сұралатын субстанциялар атауы латынша толтырылуы тиіс. Спортшы 1, 5, 6 және 7-бөлімдерді, дәрігер 2, 3 және 4-бөлімдерді толтыруы керек. Анық немесе толық толтырылмаған сұранымдар рәсімделгеннен соң және жетіспейтін ақпараттар толық толтырылғаннан кейін қайта тапсыру үшін кері қайтарылады.

1. Спортшы туралы ақпарат

Тегі: _____ Аты: _____

Ер

Әйел

Туған күні (к/а/ж): _____

Мекежайы: _____

Қала: _____ Ел _____ Индекс: _____

Тел: _____ Электрондық пошта: _____

(елдің кодымен)

Спорт түрі: _____ Дисциплина/Қызметі: _____

Халықаралық немесе ұлттық федерация: _____

Егер сіз физикалық мүмкіндігі шектеулі спортшы болсаңыз, анықтауды өтінеміз: _____

2. Медициналық ақпарат (қажет болса, жеке парақта жалғастырыңыз)

Диагноз:

Емдеу үшін рұқсат етілген дәрі-дәрмекті қолдануға болатын жағдайда, тыйым салынған дәрі-дәрмектерді пайдалануға сұраным үшін негіздеме беріңіз.

Ескертпе

Диагноз

Диагнозды растайтын дәлелдер осы сұранымға қоса тіркеліп, бірге жіберілуі керек. Медициналық дәлелдемелерде спортшының ауруының толық медициналық тарихы, барлық зерттеулер мен зертханалық талдаулардың нәтижелері, сондай-ақ осы сұранымға қатысты рентген және басқа да суреттер мен графикалар болуы керек. Мүмкін болса, қортындылар түпнұсқаларының немесе хаттардың көшірмелері қоса беріледі. Дәлелдемелер мүмкіндігінше клиникалық жағдайда 3 объективті болуы керек. Егер кейбір жағдайларды көрсету мүмкін болмаса, осы сұранымды қарау кезінде диагнозды растайтын тәуелсіз медициналық қорытынды қолданылады.

3. Медициналық мәліметтер

Тыйым салынған субстанция(лар): Патенттелмеген атауы	Мөлшері	Енгізу жолы	Жиілігі	Қабылдау ұзақтығы
1				
2				
3				
4				

4. Дәрігер декларациясы

Мен осы арқылы 2 және 3-бөлімдерде көрсетілген ақпараттың дәл екендігіне және жоғарыда көрсетілген ем медициналық көрсетілімдерге сәйкес тағайындалғанын куәландырамын.

Аты-жөні: _____

Медициналық мамандану: _____

Мекен-жайы: _____

Тел.: _____

Факс: _____

Электрондық пошта: _____

Дәрігердің қолы: _____

Күні: _____

5. Ретроактивті сұранымдар

<p>Бұл ретроактивті ТҚ ма?</p> <p>Иә: <input type="checkbox"/></p> <p>Жоқ: <input type="checkbox"/></p> <p>Егер болса, емдеу қашан басталды?</p>	<p>Себептерін көрсетіңіз:</p> <p>жедел медициналық көмек немесе денсаулығының күрт нашарлауы кезіндегі көмек <input type="checkbox"/></p> <p>ерекше жағдайлар себебімен сынама тапсырғанға дейін сұраным беруге уақыт немесе мүмкіндік жеткіліксіз болды <input type="checkbox"/></p> <p>қолданылған ережелер алдын-ала беруді қажет етпейді басқа <input type="checkbox"/></p> <p>Түсіндіріңіз:</p>

6. Алдыңғы сұранымдар

Сіз бұрын ТҚ-ға сұраным жібердіңіз бе?	Иә <input type="checkbox"/>	Жок <input type="checkbox"/>
Қандай субстанцияға немесе тәсілге? _____		
Кімге? _____		
Қашан? _____		
Шешім: Берілді <input type="checkbox"/>	Берілмеді <input type="checkbox"/>	

7. Спортшы декларациясы

Мен, _____, осы арқылы 1, 5 және 6-тармақтарда келтірілген ақпараттың толық және дәл екендігін куәландырамын. Мен жеке медициналық ақпаратымды допингке қарсы ұйымға (ДҚҰ), сондай-ақ ДДҚА, ДДҚА ТҚК (терапиялық қолдануға рұқсат беру комитеті), ТҚК өкілетті қызметкерлеріне және Дүниежүзілік допингке қарсы кодекстің («Кодекс») және терапиялық пайдаланудың Халықаралық стандартының ережелеріне сәйкес ақпаратқа қол жеткізуге құқылы басқа да ДҚҰ өкілетті қызметкерлеріне беруге рұқсат етемін. Мен өз дәрігеріме (лерге) жоғарыда аталған тұлғаларға менің өтінішімді қарап, шешім шығаруға қажет деп санайтын кез-келген медициналық ақпаратты беруге рұқсат етемін.

Мен ТҚ-ға сұраным беру кезінде берілген ақпарат сұранымды қарау мақсатында ғана және допингке қарсы ереженің мүмкін болатын бұзылуын тексеру мен одан кейінгі талқылаулар аясында ғана қолданылатынын түсінемін. Мен, сондай-ақ, егер 1) өзім ұсынған деректерді пайдалану туралы толығырақ ақпарат алғым келсе; 2) осы мәліметтерге қол жеткізу немесе осы мәліметтерге түзетулер енгізу құқығымды пайдаланғым келсе; немесе 3) осы ұйымдардың менің денсаулығым туралы мәліметтер алу құқығын қайтарып алғым келсе, бұл туралы өз емдеуші дәрігерімді және өз ДҚҰ-ды жазбаша түрде хабардар етуім керек екенін түсінемін.

Мен ТҚ-ға сұраным беруге қатысты, менен Кодексте көзделген допингке қарсы ережелердің ықтимал бұзылуын анықтау мақсатында ғана, менің рұқсатымды кері қайтарып алғанға дейін алынған ақпаратты сақтаудың мүмкін болатын қажеттілігін түсінемін және келісемін.

Мен бұл сұранымның барлық Допингке қарсы ұйымдар үшін және менің нәтижелерімді Тестілеуге және өңдеуге өкілеттігі бар басқа ұйымдарға қол жетімді болатындығымен келісімін.

Менің жеке ақпаратымды және сұраным нәтижелері бойынша қабылданған шешімдерді алушылардың мен тұратын елден тыс жерде болуы мүмкін екенін түсінемін және бұл фактіні қабылдаймын. Әр түрлі елдерде деректерді қорғау және құпиялылық туралы заңдар мен тұратын елдің заңдарынан өзгеше болуы мүмкін.

Егер менің Жеке ақпаратым осы рұқсатқа және Жеке өмірді және жеке деректерді қорғаудың халықаралық стандартына сәйкес пайдаланылмаса, онда мен ДДҚА немесе CAS-қа шағымдануға құқығым бар екенін түсінемін.

Спортшының қолы: _____

Күні: _____

Ата-анасының/қамқоршысының қолы: _____

Күні: _____

(Егер Спортшы кәмелетке толмаған немесе осы нысанды толтыруға кедергі жасайтындай физикалық мүмкіндігі шектеулі тұлға болса, онда нысанға Спортшының атынан ата-анасы немесе қамқоршысы қол қоюы тиіс.).

Толтырылған нысанды төмендегі мекен-жай бойынша жіберіңіз: Алматы қаласы, Мұқанов көшесі, 241-үй, 2б-кеңсе, «Допингке қарсы ұлттық орталық» РММ (өзіңізде сұранымның көшірмесін қалдыра отырып): пошта қызметі немесе antidopingkaz@mail.ru электрондық поштасы арқылы.