

РУСАДА

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ЗАПРЕЩЕННЫХ
В СПОРТЕ СУБСТАНЦИЙ
И МЕТОДОВ**

**ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ
МАТЕРИАЛЫ**

2020



**WORLD
ANTI-DOPING
AGENCY**

play true

Терапевтическое использование запрещенных в спорте субстанций и методов

Запросы на ТИ должны быть поданы в РАА «РУСАДА» спортсменами, которым необходимо использовать запрещенные в спорте субстанции и/или методы по медицинским показаниям, и которые в соответствии с Общероссийскими антидопинговыми правилами относятся к спортсменам национального уровня (т.е. спортсмены, принимающие участие в соревнованиях, включенных в Единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий, имеющих статус «всероссийские»: чемпионат России, первенство России, кубок России и другие официальные всероссийские спортивные соревнования, если только они в соответствии с критериями, установленными соответствующей международной федерацией, не относятся к спортсменам международного уровня).

Спортсмены международного уровня (как это определено каждой международной спортивной федерацией) должны подавать запросы на ТИ в свою международную федерацию.

Спортсмены, которые не являются спортсменами национального и международного уровней не обязаны подавать запрос на ТИ заранее и имеют право подать ретроактивные запросы на ТИ в течение пяти рабочих дней после получения уведомления о неблагоприятном результате анализа.

Запрос на ТИ должен сопровождаться подробной историей болезни, включая документы от врачей, первоначально поставивших диагноз (в случаях, когда это возможно) и результатами лабораторных и клинических исследований, а также визуализирующими исследованиями, которые имеют отношение к данному запросу на ТИ.

Критерии получения разрешения на ТИ:

— Запрещенная субстанция и/или запрещенный метод необходимы для лечения острого или хронического заболевания и неприменение данной запрещенной субстанции и/или запрещенного метода приведет к значительному ухудшению состояния здоровья спортсмена.

— Терапевтическое использование запрещенной субстанции или запрещенного метода крайне маловероятно может привести к дополнительному улучшению спортивного результата, кроме ожидаемого улучшения состояния здоровья спортсмена после проведенного лечения острого или хронического заболевания.

— Отсутствие разумной терапевтической альтернативы использованию запрещенной субстанции и/или запрещенного метода.

— Необходимость использования запрещенной субстанции или запрещенного метода не является следствием, полностью или частично, предыдущего использования (без получения разрешения) субстанции или метода, запрещенных на момент их использования.

Спортсмен, которому необходимо использовать запрещенную субстанцию и (или) запрещенный метод по медицинским показаниям, должен получить разрешение на ТИ до начала использования или обладания указанной субстанцией и(или) методом. Спортсмену, нуждающемуся в разрешении, следует подать запрос на ТИ в возможно короткие сроки. Для субстанций, запрещенных в соревновательный период запрос на ТИ должен быть подан по крайней мере за 30 дней до начала соревновательного периода.

Спортсмену может быть выдано **ретроактивное разрешение** на ТИ (после применения запрещенной субстанции и/или метода) **в следующих случаях:**

- а) при оказании неотложной медицинской помощи или резком ухудшении состояния здоровья;
- б) при отсутствии в силу исключительных обстоятельств у спортсмена достаточного времени или возможности для того, чтобы подать запрос, а у Комитета по терапевтическому использованию (КТИ) для того, чтобы рассмотреть запрос до сдачи пробы;
- в) спортсмен не является спортсменом национального и международного уровня;
- г) ВАДА и РАА «РУСАДА» согласились, что принцип справедливости требует выдачи ретроактивного разрешения на ТИ.

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

Запрещенные субстанции: производные метилфенидата и амфетамина

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	историю болезни: в каком возрасте появились симптомы СДВГ, в каком возрасте поставлен диагноз, описание симптомов более чем в одной ситуации, данные о ранее проводимом не запрещенном лечении (если такое было)
<input type="checkbox"/>	использованные диагностические тесты или оценочные шкалы (например, Conners, DIVA)
<input type="checkbox"/>	интерпретация симптомов, проявлений и результатов тестов врачом (педиатром, психиатром или другим врачом, специализирующимся на СДВГ).
<input type="checkbox"/>	Диагноз в соответствии с МКБ 10 или Руководства по диагностике и статистическому учёту психических заболеваний 5 пересмотра (DSM 5)
<input type="checkbox"/>	Назначенные стимуляторы (метилфенидат и амфетамин запрещены в соревновательный период), включая дозировку, частоту и способ применения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Включая, но не ограничиваясь: а) Для взрослых: ACDS, CAADID, CAARS, Barkley, DIVA 2.0 (копия оригинального теста/шкалы) б) Для детей: Vanderbilt, K-SAD, DISC, Conners, SNAP (копия оригинального теста/шкалы)
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Дополнительные данные, подтверждающие диагноз: например, заключения психологов, информация от школьных учителей, родителей/опекунов (не обязательно)

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Надпочечниковая недостаточность

Запрещенные вещества: глюко- и минералокортикоиды

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: симптомы, возраст, в котором развилось заболевание, описание первых симптомов (острое состояние/хронические симптомы), течение заболевания, начало лечения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований
<input type="checkbox"/>	Интерпретация эндокринологом симптомов, результатов объективного осмотра и результатов исследований
<input type="checkbox"/>	Диагноз: является ли надпочечниковая недостаточность первичной или вторичной
<input type="checkbox"/>	Назначения глюко- и минералокортикоидов (где применимо), включая дозировку, частоту, способ применения (обе группы запрещены в соревновательный период).
<input type="checkbox"/>	Реакция организма на лечение/результаты лечения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Лабораторные исследования: электролиты, уровень глюкозы в крови натощак, исследование кортизола в сыворотке, АКТГ в плазме, ренин и альдостерон
<input type="checkbox"/>	Заключение краниальной или абдоминальной КТ/МРТ
<input type="checkbox"/>	Провокационные тесты или другие результаты тестов в зависимости от обстоятельств: тест на козинтропин (стимуляция кортикотропином), тест со стимуляцией кортиколиберином, глюкозотолерантный тест, стимуляция метирапоном, антитела
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Там, где применимо, заявление о предыдущем лечении глюкокортикоидами, способах применения, частоте, ранее выданных разрешениях на ТИ.

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Анафилаксия

Запрещенные субстанции : глюкокортикоиды

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: 1. начало, хронология развития симптомов 2. причины (например, аллерген, предположения), если известны 3. описание дыхательной недостаточности, коллапса, кожи и слизистых оболочек, желудочно-кишечных симптомов.
<input type="checkbox"/>	Данные объективного обследования (могут быть в результате оказания скорой медицинской помощи - артериальное давление, частота дыхания, реакция кожи и слизистых оболочек)
<input type="checkbox"/>	Назначенное лечение; время и дата, дозировка, частота, путь введения для каждого вещества: а) Неотложная терапия (эпинефрин/адреналин и системные глюкокортикоиды запрещены в соревновательный период; небулайзерная терапия бета-2-агонистами запрещена всегда; внутривенное введение растворов запрещено, если лечение не проводилось в больнице) б) Поддерживающая терапия/профилактика: автоинъектор эпинефрина (запрещено в соревновательный период)
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Записи скорой или неотложной медицинской помощи, или больничные - если имеются
<input type="checkbox"/>	Лабораторные тесты (например, уровни триптазы) - не всегда выполняются и не обязательны
<input type="checkbox"/>	Фотографическое подтверждение кожной реакции, если оно уместно и доступно
<input type="checkbox"/>	Инъекционная кожная проба (prick-тест) или другое аллергологическое тестирование
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Астма

Запрещенные вещества: Бета-2-агонисты

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: описание симптомов обструкции дыхательных путей, провоцирующие факторы, отягчающие факторы, обострения заболевания, возраст, в котором появилось заболевание, динамика заболевания при лечении (описать и указать лечение)
<input type="checkbox"/>	Результаты обследования: обструкция дыхательных путей в покое, результаты дифференциальной диагностики
<input type="checkbox"/>	Результаты диагностических тестов: спирометрия, если результаты спирометрии нормальные – необходим бронходилатационный тест, если спирометрия и результаты бронходилатационного теста нормальные – необходим провокационный тест.
<input type="checkbox"/>	Интерпретация пульмонологом симптомов, объективных признаков и результатов исследований
<input type="checkbox"/>	Назначенные бета-2-агонисты, (запрещены все бета-2-агонисты как в соревновательный, так и во внесоревновательный периоды, за исключением ингаляций сальбутамола, салметерола, форметерола в терапевтических дозах) и/или глюкокортикоиды (запрещены только в соревновательный период при системном применении) с указанием дозировки, частоты и способ применения.
<input type="checkbox"/>	Результаты предыдущего/текущего лечения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Результаты спирометрии с графиком потока
<input type="checkbox"/>	Если спирометрия показывает нормальные результаты – необходимы результаты спирометрии с графиком потока после использования бронходилататора (бронходилатационный тест),
<input type="checkbox"/>	Если обе вышеуказанные спирометрии показывают нормальные результаты - необходим документально подтвержденный провокационный тест.(включая результат спирометрии с графиком потока)
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация, включая:
<input type="checkbox"/>	Записи результатов пикфлоуметрии, результаты аллергических проб, предыдущих результатов спирометрии и провокационных тестов

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Сердечно-сосудистые заболевания

Запрещенные вещества: бета-блокаторы

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: семейный анамнез, симптомы, описание первых проявлений, течение заболевания, начало лечения.
<input type="checkbox"/>	Результаты обследования: описание пульса, аускультация, любые признаки сердечной недостаточности
<input type="checkbox"/>	Интерпретация кардиологом симптомов, признаков и результатов исследований
<input type="checkbox"/>	Диагноз (стенокардия напряжения; вторичные проявления после инфаркта миокарда; симптоматическая сердечная недостаточность II-IV); наджелудочковая и желудочковая аритмия; Синдром удлиненного интервала QT; острый коронарный синдром; гипертония без других факторов риска)
<input type="checkbox"/>	Медицинские назначения (бета-блокаторы запрещены только в отдельных видах спорта), включая дозировку, частоту и способ применения.
<input type="checkbox"/>	Описание возможного использования незапрещенного лечения и его результаты: важно описать, что альтернативы либо не эффективны, либо нецелесообразны
<input type="checkbox"/>	Последствия для спортсмена в случае, если лечение бета-блокаторами не будет проводиться
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Результаты лабораторных исследований: биомаркеры если применимо к конкретному случаю (креатинкиназа, тропонин I и T, миоглобин, BNP и NT-proBNP)
<input type="checkbox"/>	ЭКГ в покое, ЭКГ с нагрузкой, данные холтеровского мониторирования артериального давления если применимо
<input type="checkbox"/>	Результаты визуализирующих исследований: рентгенограмма органов грудной клетки, МРТ, повторные измерения фракции выброса и структурного ремоделирования, радионуклидная вентрикулография и ядерная визуализация (миокардиальная скintiграфия), коронарная компьютерная томография, эхокардиография и коронарография, если применимо
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации (например, результаты деятельности до и во время лечения)

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Диабет

Запрещенная субстанция: инсулин

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: симптомы, возраст, в котором появилось заболевание, динамика заболевания, начало лечения, гипогликемия, диабетический кетоацидоз, осложнения, связанные с диабетом (если применимо)
<input type="checkbox"/>	Интерпретация врачом симптомов, объективных признаков и результатов исследований
<input type="checkbox"/>	Диагностика в соответствии с международными критериями (уровень глюкозы в крови натощак/глюкозотолерантный тест/гликированный гемоглобин (A1C) или случайный уровень глюкозы в крови)
<input type="checkbox"/>	Тип назначаемого инсулина, включая дозировку, частоту и способ применения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Лабораторные тесты (например, профиль гликированного гемоглобина (A1C), уровень глюкозы в крови)
<input type="checkbox"/>	Результаты перорального глюкозотолерантного теста (если проведен)
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Воспалительные заболевания кишечника

Запрещенные вещества: глюкокортикоиды

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни, семейный анамнез, соответствующие проявления и симптомы, продолжительность заболевания, течение болезни
<input type="checkbox"/>	Результаты объективного осмотра и соответствующих исследований (серологическое, рентгенологическое, эндоскопическое обследование, высокотехнологичные визуализирующие исследования, гистология)
<input type="checkbox"/>	Интерпретация результатов врачом (гастроэнтерологом) и результаты соответствующих диагностических индексов (SCCAI, CDAI, HBI)
<input type="checkbox"/>	Использование системных глюкокортикоидов (дозировка, частота, способ применения)
<input type="checkbox"/>	Эффективность терапии (контролирование и частота обострений/ремиссий)
<input type="checkbox"/>	Использование разрешенных иммуномодуляторов и биологических препаратов
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Результаты соответствующих лабораторных исследований (например, серологическое исследование кала/гемокульт-тест)
<input type="checkbox"/>	Результаты визуализирующих исследований (рентген, бариевая клизма, гастро-, энтеро-, колоноскопия, КТ, МРТ)
<input type="checkbox"/>	Результаты гистологического исследования биопсийного материала
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Внутривенные инфузии

Запрещенные вещества/метод: объем > 100 мл за 12 ч

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: симптомы проявления болезни, течение заболевания, начало лечения. Необходимо объяснить/описать, где было/будет использование инфузии (Примечание: инфузии, проводимые в случае стационарного лечения, хирургической или диагностической процедуры, не требуют разрешения на ТИ, если не используется запрещенная субстанция)
<input type="checkbox"/>	Результаты обследования: например, объективные признаки заболевания или соответствующее состояние здоровья
<input type="checkbox"/>	Интерпретация симптомов, клинических признаков и результатов исследований
<input type="checkbox"/>	Диагностика расстройства или наиболее вероятного состояния здоровья
<input type="checkbox"/>	Инфузия: объем и период времени, в течение которого применялась (только > 100 мл в течение 12 часов требует разрешения), и название субстанции (если использовалась любая запрещенная субстанция), включая дозировку и частоту применения
<input type="checkbox"/>	Результаты лечения/течение заболевания/состояние здоровья
<input type="checkbox"/>	Если альтернативное лечение не было выбрано, необходимо описать, почему было/будет использовано внутривенное введение жидкости или субстанции
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Лабораторные тесты: если предоставлены, например, гемоглобин/гематокрит, электролиты, клинический анализ крови, сывороточный ферритин и т.д.
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Гипогонадизм у мужчин

Запрещенные вещества Тестостерон, хорионический гонадотропин (ХГЧ)

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: развитие в пубертатном периоде; частота половой активности и либидо, включая данные о продолжительности и тяжести любых проблем; эрекция и/или эякуляция; приливы/потливость; тестикулярные нарушения; черепно-мозговые травмы, (если были); орхит; задержка полового созревания у членов семьи (если имеется); неспецифические симптомы (позитивные или негативные).
<input type="checkbox"/>	Результаты объективного обследования: гинекомастия; степень оволосения (подмышечные и лобковые области), уменьшение частоты бритья; объем яичек, измеренный с помощью орхидометра или ультразвука; рост, вес, ИМТ; состояние развития мышечной системы и ее тонус (необходимо учитывать и описать)
<input type="checkbox"/>	Интерпретация лечащим врачом (предпочтительно эндокринологом со специализацией в андрологии) истории заболевания, материалов и результатов лабораторных исследований
<input type="checkbox"/>	Диагноз: первичный или вторичный гипогонадизм; органический или функциональный (обратите внимание, что разрешение на ТИ будет предоставлено только в случае органической патологии).
<input type="checkbox"/>	Назначаемая субстанция (тестостерон и хорионический гонадотропин запрещены), указать дозировку, частоту и способ применения
<input type="checkbox"/>	План лечения и контроля
<input type="checkbox"/>	Доказательства контроля/наблюдения за спортсменом квалифицированным врачом в период лечения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Лабораторные тесты (натощак до 10 часов утра, не менее двух анализов в течение 4-х недель с интервалом не менее 1 недели между исследованиями): концентрация общего тестостерона, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) — в плазме крови.
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация, включая:
<input type="checkbox"/>	Анализ спермы, включая содержание сперматозоидов, если имеются проблемы с фертильностью
<input type="checkbox"/>	Ингибин В (когда предполагается врожденный изолированный гипогонадотропный гипогонадизм или конституциональная задержка полового созревания)
<input type="checkbox"/>	МРТ гипофиза с контрастом и без; тесты функционального состояния гипофиза (по показаниям) - например, уровень кортизола утром, тест стимуляции АКГГ, ТТГ, свободный Т4, пролактин
<input type="checkbox"/>	Другие диагностические тесты для выявления органической этиологии вторичного гипогонадизма (например, пролактин, исследования железа и генетическое исследование на наследственный гемохроматоз)
<input type="checkbox"/>	Сканирование Деха, по показаниям

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Заболевания опорно-двигательного аппарата

Запрещенные вещества: системные глюкокортикоиды и наркотики

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: симптомы, дата начала заболевания, острое/неотложное состояние или хроническое заболевание, описание первых признаков, восстановление после повреждения/оценка активности заболевания, начало лечения
<input type="checkbox"/>	Результаты обследования
<input type="checkbox"/>	Интерпретация симптомов, проявлений и результатов тестов врачом
<input type="checkbox"/>	Диагноз
<input type="checkbox"/>	Назначаемая субстанция (системные глюкокортикоиды и наркотики запрещены только в соревновательный период), включая дозировку, частоту, способ применения
<input type="checkbox"/>	Реакция на лечение/течение заболевания при лечении
<input type="checkbox"/>	Объяснение, почему не использовались альтернативные (не запрещенные) методы лечения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Результаты лабораторных исследований, если применимо, например, маркеры воспаления (СРБ, СОЭ), ревматоидный фактор, анти-ЦЦП, выявление маркера HLA-B27
<input type="checkbox"/>	Результаты визуализирующих методов исследования (УЗИ, МРТ, КТ, рентген), если применимо
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Нейропатическая боль

Запрещенные вещества: Наркотики, каннабиноиды

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: описание повреждения центральной или периферической нервной системы и возникающей боли (например, центральная, фантомная боль, регионарный болевой синдром), характер боли, какие-либо фармакологические и нефармакологические методы лечения
<input type="checkbox"/>	Заключение по результатам неврологического обследования
<input type="checkbox"/>	Заключение по результатам диагностики относительно клинической картины боли
<input type="checkbox"/>	Интерпретация врачом симптомов, признаков и результатов обследования (по возможности лучше всего неврологом, физиотерапевтом или специалистом по боли)
<input type="checkbox"/>	Диагноз
<input type="checkbox"/>	Назначение наркотиков или каннабиноидов (оба класса запрещены только в соревновательный период, все запрещенные вещества в этих классах перечислены в Запрещенном списке), включая дозировку, частоту, путь введения
<input type="checkbox"/>	Результат лечения
<input type="checkbox"/>	Объяснение по поводу альтернативных средства лечения (например, антидепрессанты, противосудорожные препараты, трамадол, капсаицин, лидокаин) – почему не использовались ранее или не могут быть использованы
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Визуализация исследования: результаты КТ или МРТ, если применимо
<input type="checkbox"/>	Другие результаты исследований: электромиография, исследования нервной проводимости, если применимо
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Мнение специалиста согласно спецификации антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Трансплантация почек

Запрещенные субстанции: Системные глюкокортикоиды, ЭПО, диуретики, бета-блокаторы, гипоксия-индуцируемый фактор (HIF), ингибиторы пролилгидроксилазы

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: возраст, в котором появились первые симптомов, проявления, диагностика лечащим врачом
<input type="checkbox"/>	Хронология изменений функции почек и документальства соответствия критериям, необходимым для трансплантации почек, которые задокументированы нефрологом/специалистом, занимающимся патологией почек Это может быть семейный врач, если есть соответствующий контроль нефрологом
<input type="checkbox"/>	Протокол операции трансплантации за подписью хирурга
<input type="checkbox"/>	В случае нарушений функций трансплантанта трансплантата/дисфункции, доказательство этого с подписью нефролога/специалиста, занимающегося патологией почек
<input type="checkbox"/>	В случае сердечно-сосудистых осложнений: доказательства артериальной гипертензии или ишемической болезни сердца с обоснованием назначения бета-блокаторов лечащим врачом/кардиологом
<input type="checkbox"/>	Назначаемая(ые) субстанция(и) (системные глюкокортикоиды, ЭПО, диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы пролилгидроксилазы, гипоксия-индуцируемый фактор (HIF) - все данные субстанции запрещены), включая дозировку, частоту применения, способ применения для каждого вещества
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Результаты лабораторных исследований, подтверждающие снижение функций почек до трансплантации; результаты исследования крови, свидетельствующие об анемии (в случае назначения ЭПО)
<input type="checkbox"/>	Данные об исследовании артериального давления; результаты ЭКГ, КТ-коронарографии, эхокардиографии, коронароангиографии и др. (в случае назначения диуретиков или бета-адреноблокаторов)
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Синусит/Риносинусит

Запрещенные вещества: псевдоэфедрин, глюкокортикоиды

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: наличие симптомов (более 2-х из следующих: лицевая боль, заложенность носа, выделения из носа, гипосмия/аносмия), тяжесть заболевания (включая улучшения или ухудшения) и продолжительность симптомов в днях/неделях
<input type="checkbox"/>	Заключение по результатам осмотра: заложенность/обструкция, боль при надавливании, выделения, обоняние.
<input type="checkbox"/>	Диагноз
<input type="checkbox"/>	Дозировка псевдоэфедрина и/или глюкокортикоидов, частота, способ применения (запрещены только в соревновательный период, глюкокортикоиды запрещены только при системном применении, псевдоэфедрин при превышении терапевтической дозы в 240 мг в день или в пролонгированной форме).
<input type="checkbox"/>	Объяснение, почему альтернативное незапрещенное лечение не может быть использовано, и предполагаемая продолжительность лечения
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Лабораторные исследования не обязательны (например, лабораторные исследования выделений из носа)
<input type="checkbox"/>	Результаты визуализирующих или других исследований: только хронические заболевания требуют подтверждения с помощью КТ или эндоскопии
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Контрольная форма запроса на терапевтическое использование (ТИ):

Истинные нарушения сна

Запрещенные вещества: стимуляторы

Данная контрольная форма предназначена для ознакомления спортсмена и его врача с требованиями к запросу на ТИ, которая позволяет КТИ оценить, удовлетворяются ли соответствующие критерии Международного стандарта по терапевтическому использованию (МСТИ).

Обратите внимание, что одной только заполненной формы запроса на ТИ недостаточно; ДОЛЖНЫ быть представлены подтверждающие документы. Заполненный запрос на ТИ и контрольная форма НЕ гарантируют получение разрешения на ТИ. Однако в некоторых случаях корректный запрос может не включать каждый элемент из контрольной формы.

<input type="checkbox"/>	Форма запроса на ТИ должна включать:
<input type="checkbox"/>	Все разделы должны быть заполнены разборчивым почерком
<input type="checkbox"/>	Вся информация должна быть представлена на русском языке
<input type="checkbox"/>	Подпись лечащего врача
<input type="checkbox"/>	Подпись спортсмена
<input type="checkbox"/>	Медицинское заключение должно включать следующие детали:
<input type="checkbox"/>	История болезни: включая следующие данные 1. повышенная дневная сонливость и ее продолжительность 2. катаплексия 3. характер сна/апноэ (свидетелем может быть партнер) 4. любые медицинские (в т.ч. психиатрические) состояния, которые могут быть причиной гиперсомнии
<input type="checkbox"/>	Результаты обследования: 1. анализ неврологических и психиатрических проявлений/симптомов для исключения других причин состояния 2. скрининг на злоупотребление различными веществами
<input type="checkbox"/>	Интерпретация симптомов, проявлений и результатов исследований врачом
<input type="checkbox"/>	Диагноз (необходимо различать нарколепсию, идиопатическую гиперсомнию, синдром апноэ во сне и синдром гипопноэ сна), поставленный врачом-специалистом по нарушениям сна
<input type="checkbox"/>	Назначенный стимулятор (запрещены в соревновательный период), включая дозировку, частоту и способ применения.
<input type="checkbox"/>	Данные об использовании других методов лечения и их результаты, включая изменения в поведении (гигиена сна), отдых, СИПАП-терапия, антидепрессанты (использование не обязательно перед назначением стимуляторов)
<input type="checkbox"/>	Результаты исследований должны включать копии:
<input type="checkbox"/>	Полисомнография в ночное время
<input type="checkbox"/>	Множественный тест латентности сна
<input type="checkbox"/>	Нейровизуализация: не обязательно
<input type="checkbox"/>	Дополнительная информация , включая:
<input type="checkbox"/>	Согласно требованиям антидопинговой организации

Запрос на Терапевтическое Использование (ТИ) *Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form*

Пожалуйста, заполните все поля печатными буквами. Спортсмен заполняет поля под номерами 1, 5, 6 и 7, врач заполняет поля под номерами 2, 3 и 4. Запросы, оформленные неразборчиво или заполненные не в полной мере, будут возвращены для повторного предоставления в разборчивом и завершённом виде.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7, physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. Информация о спортсмене / *Athlete information*

Фамилия / *Surname*: _____

Имя / *Given Names*: _____

Мужской пол / *Male* Женский пол / *Female*

Дата рождения (день/месяц/год) / *Date of Birth (dd/mm/yyyy)*: _____

Адрес / *Address*: _____

Город / *City*: _____

Страна / *Country*: _____

Индекс / *Postcode*: _____

Телефон / *Tel.*: _____

(с международным кодом/*with International code*)

Электронная почта / *E-mail*: _____

Вид спорта / *Sport*: _____

Дисциплина / *Позиция Discipline / Position*: _____

Международная или Национальная Федерация / *International or National Sport Organization*:

Если Вы являетесь спортсменом с ограниченными физическими возможностями, уточните, пожалуйста /
If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment:

2. Медицинская информация (продолжите на отдельном листе, если необходимо) / *Medical Information (continue on separate sheet if necessary)*

Диагноз / *Diagnosis:*

В том случае, если для лечения данного заболевания может быть использовано разрешенное медицинское средство, пожалуйста, предоставьте медицинское обоснование для использования запрашиваемой запрещенной субстанции /
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

Комментарий / *Comment:*

Документы, подтверждающие диагноз, должны быть приложены и отправлены вместе с данным запросом. Медицинская информация должна 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 данного запроса. / *Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.*

ВАДА предоставляет в пользование ряд руководств для помощи врачам в подготовке полных и обоснованных запросов на ТИ. Руководства по ТИ для врачей доступны в разделе «Медицинская Информация» на сайте ВАДА: <https://www.wada-ama.org>. Данные Руководства помогают обосновать диагноз и лечение заболеваний, которые диагностируются у спортсменов и требуют использования запрещенных субстанций для их лечения. / *WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.*

3. Медицинские детали / Medication Details

Запрещенная субстанция (субстанции) Непатентованное наименование/ <i>Prohibited Substance(s):</i> <i>Generic name</i>	Дозировка/ Dose	Способ применения/ <i>Route of Administration</i>	Периодичность/ <i>Frequency</i>	Продолжитель- ность лечения/ Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				

4. Декларация практикующего врача / Medical Practitioner's Declaration

Настоящим удостоверяю, что информация, указанная в разделе 2 и 3 является точной, и что вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями. / I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

Имя / Name: _____

Медицинская специализация / Medical specialty: _____

Адрес / Address: _____

Телефон / Tel.: _____

Факс / Fax: _____

Электронная почта / E-mail: _____

Подпись лечащего врача / Signature of Medical Practitioner: _____

Дата / Date: _____

5. Ретроактивная подача / *Retroactive applications*

Является ли данный запрос ретроактивным? /
Is this a retroactive application?

Да / Yes:

Нет / No:

Если да, укажите дату начала лечения. /
If yes, on what date was treatment started?

Пожалуйста, укажите причину / Please choose one:

- Неотложная медицинская помощь или помощь при резком ухудшении состояния здоровья. / *Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary.*
- В силу исключительных обстоятельств не было достаточно времени или возможности для того, чтобы подать запрос до сдачи пробы. / *Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection.*
- Примененные правила не требуют предварительной подачи. / *Advance application not required under applicable rules.*
- Принцип справедливости (для данного пункта требуется одобрение ВАДА и РАА «РУСАДА»). / *Fairness (WADA and RUSADA approval required).*
- Пожалуйста, объясните / *Please explain:*

6. Предыдущие запросы / *Previous applications*

Вы подавали ранее запросы на ТИ / Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?

Да / Yes: Нет / No:

На какую субстанцию или метод / *For which substance or method?*

Кому / *To whom?* _____

Когда / *When?* _____

Решение / *Decision:* Выдано / *Approved:* Отказано / *Not approved:*

7. Декларация спортсмена / Athlete's declaration

Я / I, _____

(фамилия, имя, отчество (полностью), адрес субъекта персональных данных, в случае необходимости фамилия, имя, отчество законного представителя, дающего согласие на обработку персональных данных в отношении несовершеннолетнего либо недееспособного, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа) / (last name, first name, patronymic (in full), address of the personal data subject, if necessary - last name, first name, patronymic of legal representative agreeing to personal data processing of the minor or legally incapable, number of the main identification document, information about issue date of this document)

настоящим удостоверяю, что информация, изложенная в пунктах 1, 5 и 6 является полной и достоверной. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», в целях рассмотрения запроса на терапевтическое использование, настоящим я даю согласие предоставить мои персональные медицинские данные РАА «РУСАДА», находящейся по адресу: 125284, г. Москва, ул. Беговая ба, а также уполномоченным сотрудникам ВАДА, КТИ ВАДА (комитет по выдаче разрешений на терапевтическое использование), КТИ РАА «РУСАДА», КТИ и уполномоченным сотрудникам других АДО, которые имеют право получить доступ к данной информации в соответствии с положениями Всемирного антидопингового кодекса («Кодекс») и/или Международного стандарта по терапевтическому использованию. Я также даю согласие РАА «РУСАДА» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, в том числе трансграничную (распространение, предоставление, доступ) указанному выше кругу третьих лиц, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение нижеуказанных персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место проживания, паспортные данные, номер телефона, адрес электронной почты, вид спорта, дисциплина спорта, медицинская информация.

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, предоставленная 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, имею право на: 1) получение более полной информации об использовании предоставленных мной персональных данных; 2) право доступа к этим данным или внесения исправлений в эти данные или 3) отзыв у этих организаций право получения данных о моем состоянии здоровья, для чего я обязан письменно уведомить об этом моего лечащего врача и РАА «РУСАДА» по следующему адресу: data.privacy@rusada.ru. Я понимаю и соглашаюсь с возможной необходимостью хранения информации, связанной с запросом на ТИ которая была получена от меня до отзыва моего разрешения исключительно с целью расследований или разбирательств, связанных с возможным нарушением антидопинговых правил, если это требуется Кодексом, международными стандартами или национальными антидопинговыми законами; или для создания, осуществления или защиты судебного иска, касающегося меня, ВАДА и / или АДО.

Я согласен с тем, что данный запрос будет доступен для всех АДО и других организаций, обладающих полномочиями на мое Тестирование и/или 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 моя информация может храниться в ADAMS, который размещается ВАДА на серверах, расположенных в Канаде, и будет храниться в течение срока, указанного в Международном стандарте ВАДА для защиты конфиденциальности и личной информации (ISPPPI).

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 сотруднику РАА «РУСАДА», ответственному за обработку персональных данных, по адресу электронной почты: data.privacy@rusada.ru, уведомить ВАДА, подать жалобу в Спортивный арбитражный суд, или обратиться в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Hereby certify that the information stated in items 1, 5 and 6 is full and reliable. Pursuant to art. 9 of Federal Law of July 27, 2006 No. 152-FZ "On personal data", for purposes of reviewing application for TUE, I hereby give my consent to provide my personal medical data to RAA RUSADA, address: 125284, city of Moscow, Begovaya street 6A, and also to authorized employees of WADA, WADA TUEC (committee on granting therapeutic use exemptions), TUEC of RAA RUSADA, TUEC and authorized employees of other ADO which have the right to get access to this information pursuant to the provisions of World Anti-Doping Code ("Code") and/or International Standard for Therapeutic Use Exemptions. I also give my consent to RAA RUSADA for automated, and also non-automated processing of my personal data, namely for collecting, recording, systematizing, accumulation, storage, clarification (updating, modification), extraction, usage, transfer, including transboundary (dissemination, providing, access) to the third persons specified above, depersonalization, blocking, removing, destroying the personal data specified below: last name, first name, patronymic, gender, date of birth, place of residence, passport info, phone number, email address, sport, sport discipline, medical information.

I permit my doctor(s) to provide any medical information to the persons specified above, which they consider to be necessary for review and rendering a decision on my application.

I understand that the information provided during submission of application for TUE, will be used only for purpose of reviewing the application and within the context of investigating potential anti-doping rules violation and subsequent proceedings. I also understand that I have the right to: 1) receive more complete information about the use of the personal data provided by me; 2) right of access to these data or making corrections to these data or 3) revocation from these organizations of the right of receiving data about my health condition, for this purpose, I shall notify about this my attending doctor and RAA RUSADA at: data.privacy@rusada.ru. I understand and agree to the potential need of storage of the information related to the application for TUE which was received from me prior to the revocation my permission solely, for purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

I agree that this application will be accessible for all ADOs and other organizations which have the authorities for testing me and/or results management.

I understand and accept the fact that recipients of my personal information and the decision rendered by the results of the application, can be outside the country of my residence. In different countries, laws on data protection and confidentiality can differ from the laws of the country of my residence. I understand that my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that, if I believe that my personal information is not used in compliance with this decision and International Standard for the Protection of Privacy and Personal Data, I the right to submit a complain to the employee of RAA RUSADA who is responsible for processing personal data, to: data.privacy@rusada.ru, to notify WADA, to submit a complaint to Court of Arbitration for Sport, or to turn to the federal executive authority body which executes the functions on control and oversight in the area of communication and mass communications (Roskomnadzor).

Подпись спортсмена / Athlete's signature: _____

Дата / Date: _____

Подпись родителя / законного представителя / Signature of parent/legal representative: _____

Дата / Date: _____

(Если Спортсмен является Несовершеннолетним, лицом с ограниченными физическими возможностями, или недееспособным, которые не позволяют ему/ей подписать данную форму, то форму должен подписать родитель/законный представитель от имени Спортсмена). / (If Athlete is Minor, disabled or legally incapable, which does not make him/her eligible to sign this form, the form must be signed by parent/legal representative on behalf of Athlete).

**Пожалуйста, предоставьте заполненный запрос одним из нижеприведенных способов
(сохраните копии документов):**

1) по адресу: 125284, г. Москва, ул. Беговая, д. 6А, Российское антидопинговое агентство «РУСАДА»

2) по электронной почте: rusada@rusada.ru

3) по факсу: (495) 788-40-60

РАА «РУСАДА» рекомендует оставлять себе копию поданного запроса для ответов на возможные вопросы, которые могут возникнуть в ходе рассмотрения запроса на ТИ.

Please submit the completed form to RUSADA by the following means (keeping a copy for your records):

1) by post to the following address: 125284, Moscow, Begovaya street 6A Russian Anti-Doping Agency RUSADA

2) by email: rusada@rusada.ru

3) by fax: (495) 788-40-60

RAA RUSADA recommends to keep the copy of the submitted application for answering possible questions which may emerge in the process of reviewing the TUE application

РУСАДА

125284, г. Москва, ул. Беговая, д. 6А

8 (495) 788-40-60

www.rusada.ru

rusada@rusada.ru