

## ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАПРОСА

### Разрешение на Терапевтическое Использование (ТИ)

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.

#### 1. Информация о спортсмене

Фамилия:	_____	Имя:	_____
Мужской пол <input type="checkbox"/>	Женский пол <input type="checkbox"/>	Дата рождения (день/месяц/год)	_____
Адрес:	_____		
Город:	_____	Страна:	_____
		Индекс:	_____
	_____		
Тел.:	_____	E-mail:	_____
	<i>(с международным кодом)</i>		
Вид спорта:	_____	Дисциплина/Позиция:	_____
	_____		
Международная или Национальная Федерация:	_____		
	_____		
Если Вы являетесь Спортсменом с ограниченными физическими возможностями, уточните, пожалуйста:	_____		

## 2. Медицинская информация (продолжите на отдельном листе, если необходимо)

Диагноз:

В том случае, если для лечения данного заболевания может быть использовано разрешенное медицинское средство, пожалуйста, предоставьте медицинское обоснование для использования запрашиваемой запрещенной субстанции.

### **Комментарий**

*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 данной заявки.*

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.

## 3. Медицинские детали.

Запрещенное вещество (вещества): <u>Непатентованное наименование</u>	Дозировка	Способ приема	Периодичность	Продолжительность лечения
1.				
2.				
3.				

#### 4. Декларация практикующего врача

**Настоящим удостоверяю, что информация, указанная в разделе 2 и 3 является точной, и что вышеуказанное лечение назначено в соответствии с медицинскими показаниями.**

Имя: \_\_\_\_\_

Медицинская специализация:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Факс: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Подпись практикующего врача: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Ретроактивная подача**

<p><b>Является ли данный запрос ретроактивным?</b></p> <p><b>Да:</b> <b>Нет:</b></p> <p>Если да, укажите дату начала лечения? _____</p>	<p><b>Пожалуйста, укажите причину:</b></p> <p>Неотложная медицинская помощь или помощь при резком ухудшении состояния здоровья</p> <p>В силу исключительных обстоятельств не было достаточного времени или возможности для того, чтобы подать запрос до сдачи пробы</p> <p>Примененные правила не требуют предварительной подачи</p> <p>Другое</p> <p>Пожалуйста, объясните: _____ _____ _____</p>
---	--

**6. Предыдущие запросы**

<b>Вы подавали ранее запросы на ТИ?</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
На какую субстанцию или метод? _____		
Кому? _____	Когда? _____	
Решение:	Выдано:	Отказано

## 7. Декларация спортсмена

Я,

\_\_\_\_\_,  
(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)

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 моём 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 (10 лет для сертификата разрешения на ТИ с даты одобрения и 18 месяцев для сопроводительной медицинской документации по ТИ, с момента окончания действия одобренного запроса 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/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, 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).

Подпись спортсмена: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись родителя/законного представителя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

(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).

**Пожалуйста, предоставьте заполненную форму одним из  
нижеприведенных способов:**

- 1) по адресу: 125284, г. Москва, ул. Беговая, д. 6А, *Российское антидопинговое агентство «РУСАДА»*
- 2) по электронной почте: [rusada@rusada.ru](mailto: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.**