



БЪЛГАРИЯ
Антидопингов
Център



**МОЛБА ЗА РАЗРЕШЕНИЕ ЗА ТЕРАПЕВТИЧНА УПОТРЕБА (PTU)
*THERAPEUTIC USE EXEMPTION (TUE) APPLICATION FORM***

Моля попълнете всички раздели с главни или печатни букви. Спортистът трябва да попълни раздели 1, 5, 6 и 7; лекарят трябва да попълни раздели 2, 3 и 4. Нечетливи или непълни молби ще бъдат върнати и ще трябва да бъдат подадени отново в четлив и пълен формуляр.

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. Данни за спортиста
1. Athlete information

Фамилия <i>Surname</i>	.....	Име, презиме <i>Given Names</i>	.....
Жена <i>Female</i>	<input type="checkbox"/>	Мъж <i>Male</i>	<input type="checkbox"/>
Дата на раждане (д/м/г) <i>Date of birth (dd/mm/yy)</i>	.....	
Адрес <i>Address</i>	.....	
Град <i>City</i>	Държава <i>Country</i>	Пощ. код <i>Postcode</i>	.....
Тел. (вкл. код за държавата) <i>Tel. (incl. international code)</i>	.....	Ел. поща <i>Email</i>	.....
Спорт <i>Sport</i>	.....	Дисциплина/Позиция <i>Discipline/Position</i>	.....
Международна или национална спортна организация <i>International or National Sport Organization</i>	.....	
Ако сте спортист с увреждане, посочете вида на увреждането <i>If athlete with disability, indicate disability</i>	.....	

2. Медицинска информация (продължете на отделен лист, ако трябва)
2. Medical information (continue on separate sheet if necessary)

Диагноза
Diagnosis

В случай, че състоянието/заболяването позволява да бъде приложено лечение с разрешена субстанция/метод, моля представете клинично основание за исканото използване на забранени такива.
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

Забележка **Диагноза**

Доказателство, потвърждаващо диагнозата, трябва да бъде приложено и подадено заедно с тази молба. Медицинското доказателство трябва да включва подробна анамнеза и резултатите от всички подходящи прегледи, лабораторни тестове и образни изследвания. Когато е възможно, следва да бъдат приложени копия от първоначални доклади или писма. Доказателствата трябва да бъдат възможно най-достоверни при съществуващите клинични обстоятелства. В случай на не-очевидни състояния, независимо поддържащо лекарско мнение ще подкрепи молбата.

Comment

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.

Diagnosis

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence 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.

САА поддържа редица ръководства, за да подпомага лекарите при изготвянето на пълни и подробни молби за РТУ. Тези Медицински ръководства за РТУ могат да се намерят, като се въведе термина за търсене „Медицинска информация“ в уебсайта на САА: <https://www.wada-ama.org>. Ръководствата се отнасят до диагнозата и лечението на редица медицински състояния, които често засягат спортистите и изискват лечение със забранени субстанции.

3. Подробности за лечението
3. Medication details

Забранена(и) субстанция(и): Генерично име <i>Prohibited Substance(s): Generic name</i>	Доза <i>Dose</i>	Път на прилагане <i>Route of Administration</i>	Честота <i>Frequency</i>	Продължителност на лечението <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

4. Декларация на лекаря
4. Medical practitioner's declaration

Декларирам, че информацията в раздели 2 и 3 по-горе е вярна, а също че посоченото по-горе лечение е подходящо от медицинска гледна точка.

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the WADA Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.

Име
Name

Специалност
Medical Specialty

Адрес
Address

Тел.
Tel.

Факс
Fax

Ел. поща
E-mail

Подпис на лекаря
Signature of Medical Practitioner

Дата
Date

5. Молби с обратна сила

5. Retroactive applications

<p>Това молба с обратна сила ли е? Is this a retroactive application?</p> <p>Да: <input type="checkbox"/> Yes: <input type="checkbox"/></p> <p>Не: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/></p> <p>Ако е "ДА", на коя дата е започнато лечението? If yes, on what date was treatment started?</p> <p>_____</p>	<p>Моля посочете причината: Please indicate reason:</p> <p>Било е необходимо спешно лечение или лечение на остро медицинско състояние <input type="checkbox"/> Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary <input type="checkbox"/></p> <p>Поради други извънредни обстоятелства, не е имало достатъчно време или възможност да се подаде молба преди вземането на проба <input type="checkbox"/> Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection <input type="checkbox"/></p> <p>Не е изисквана предварителна молба, при съществуващите правила <input type="checkbox"/> Advance application not required under applicable rules <input type="checkbox"/></p> <p>Други <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/></p> <p>Моля обяснете: Please explain:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

6. Предишни молби

6. Previous applications

<p>Подавали ли сте преди молба(и) Have you submitted any previous TUE application(s)?</p> <p>За коя субстанция или метод? For which substance or method?</p> <p>_____</p> <p>До кого? _____ Кога? _____ To whom? _____ When? _____</p> <p>Решение: Одобрено <input type="checkbox"/> Неодобрено <input type="checkbox"/> Decision: Approved <input type="checkbox"/> Not approved <input type="checkbox"/></p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	---

7. Декларация на спортиста

7. *Athlete's declaration*

Долуподписаният,, потвърждавам верността на информацията, дадена в раздели 1, 5 и 6. Разрешавам мои лични данни, свързани със здравословното ми състояние, да бъдат предоставяни на Антидопинговия център (АДЦ), упълномощените служители на САА, КРТУ (Комисията по разрешения за терапевтична употреба) към САА, КРТУ към други антидопингови организации и всички останали служители с право на достъп до тях съобразно реда, предвиден от Световния антидопингов кодекс ("*Кодекса*") и/или Международния стандарт за разрешения за терапевтична употреба.

Съгласен съм лекарят(ите) ми да предоставят на посочените лица цялата здравна информация, която смятат за необходима, за да се обсъди и реши молбата ми.

Разбирам, че тази информация ще бъде използвана само за раглеждане на моята молба за РТУ, а също във връзка с разследвания и процедури, касаещи предполагаеми нарушения на антидопинговите правила. Наясно съм, че ако поискам (1) да се получа повече информация за използване на здравните ми данни; (2) да използвам правото си на достъп до тях и корекция; или (3) да отнема правото на гореспоменатите организации да получават информация за здравословното ми състояние, аз съм длъжен писмено да уведомя за това моя лекуващ лекар и Антидопинговия център. Разбирам, че е възможно свързани с РТУ мои лични данни, подадени преди момента на оттегляне на моето съгласие, да бъдат задържани за целите на установяване на предполагаеми нарушения на антидопинговите правила, когато това се изисква от *Кодекса*.

Съгласен съм решението относно тази молба да стане достъпно до всички антидопингови организации или други организации, отговорни за тестването ми и/или за управлението на резултатите ми.

Разбирам и приемам, че получателите на информацията относно мен и на решението относно тази молба може да се намират извън страната, в която живея. В някои от тези страни, законите за неприкосновеността на личния живот и личните данни може да не са еднакви на тези в страната, в която живея.

Наясно съм, че при увереност от моя страна, че личните ми данни не се използват съобразно това съгласие и Международния стандарт за защита на неприкосновеността на личния живот и личните данни, имам право да подам жалба до САА или САС.

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("*Code*") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the *Code*.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

Подпис на спортиста

Athlete's Signature

.....

Дата

Date

.....

Подпис на

родител/настойник

Parent's/Guardian's Signature

.....

Дата

Date

.....

В случай, че спортистът е непълнолетно лице или лице с увреждане, възпрепятстващо самостоятелното подписване на настоящия формуляр, същият се подписва от родителя/настойника заедно със или от името на спортиста.

If the athlete is a minor or has an impairment preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete.

Моля подайте попълнения формуляр до по следния начин (запазвайки копие за документацията си):

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