



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 с 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. (with 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 you are an athlete with impairment, please indicate the impairment</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.

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.

Comment

CAA 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 CAA: <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

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. 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 information at sections 2 and 3 above is accurate, and the above-mentioned treatment is medically appropriate.

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> <hr/>	<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>Обективност (изисква се одобрение от САА и [МФ/АДО]) <input type="checkbox"/> Fairness (WADA and [IF/NADO] approval required) <input type="checkbox"/></p> <p>Моля обяснете: Please explain:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

6. Предишни молби
6. Previous applications

<p>Подавали ли сте преди молба(и) за РТУ до някоя АДО Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?</p> <p>За коя субстанция или метод? For which substance or method?</p> <hr/> <p>До кого? _____ To whom? _____</p> <p>Когато? _____ 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. Тези хора подлежат на професионален или договорен ангажимент за поверителност.

Съгласен/на 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 разглеждане 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 получи повече информация за използване на здравните ми данни; (2) да използвам правата, които имам, като правото си на достъп, поправка, ограничение, противопоставяне или заличаване; или (3) да отнема правото на тези организации да получават информация за здравословното ми състояние, аз съм длъжен писмено да уведомя за това моя лекуващ лекар и Антидопинговия център. Разбирам и приемам свързаната с РТУ информация, предоставена преди оттегляне на съгласието ми, да бъде запазена за целта на разследвания или действия, свързани с предполагаемо антидопингово нарушение, когато това се изисква от Кодекса, Международните стандарти или националните антидопингови закони; или да се установи, упражни или защити законова претенция, включваща мен, САА и/или някоя АДО.

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. Разбирам, че моята информация може да бъде съхранена в ADAMS, която се поддържа от САА на базирани в Канада сървъри и ще бъде запазена за срока, предвиден от Международния стандарт на САА за защита на неприкосновеността на личния живот и личните данни (МСЗНЛЖЛД).

Разбирам, че ако съм уверен/а, че личните ми данни не се използват съобразно това съгласие и МСЗНЛЖЛД, имам право да подам жалба до САА (privacy@wada-ama.org) или националната институция, отговорна за защита на личните данни в моята страна.

Разбирам, че споменатите институции може да се основават на и да са подчинени на националните антидопингови закони, които са над моето съгласие или други приложими закони, които може да изискват разкриване на информация на местни съдилища, законо-налагащи или други публични институции. Повече информация относно националните антидопингови закони мога да получа от моята Международна федерация или от Антидопинговия център.

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 relevant 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. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

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 any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and the Antidoping Centre 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 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 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 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 conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

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 има увреждане, което го възпрепятства да подпише настоящия формуляр, родителят/настойникът го подписва от името на спортиста.

If the athlete is a minor or has an impairment preventing him/her from signing this form, a parent or guardian shall sign 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):