

НЕОФИЦИАЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД

ОФИЦИАЛЬНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ВСЕМИРНОГО АНТИДОПИНГОВОГО АГЕНСТВА СЧИТАЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ НА АНГЛИЙСКОМ И ФРАНЦУЗСКОМ ЯЗЫКАХ, РАЗМЕЩЕННЫЕ НА ЕГО ИНТЕРНЕТ-СТРАНИЦЕ. В СЛУЧАЕ РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРИОРИТЕТОМ ОБЛАДАЕТ ТЕКСТ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ СУБСТАНЦИЙ

Сокращенная форма подачи заявки

(бета-2 агонисты в виде ингаляций и глюкокортикостероиды)

Я обращаюсь в [название антидопинговой организации] за разрешением на терапевтическое использование субстанции из запрещенного списка ВАДА.

Пожалуйста, заполните все пункты

1. Информация о спортсмене

Фамилия:.....	Имя:.....	
Пол муж./жен. (нужное подчеркнуть)		
Адрес:.....		
Город:.....	Страна:.....	Индекс:.....
Дата рождения: (день/месяц/год):.....		
Раб. тел.:.....	Дом. тел.:.....	Моб. тел.:.....
E-mail:.....		Факс:.....
Вид спорта:.....	Дисциплина/амплуа:.....	
Национальная спортивная организация:.....		
Для спортсменов с ограниченными физическими возможностями указать вид инвалидности.....		

2. Информация о враче

Имя, квалификация и медицинская специальность (см. примечание 1):		
.....		
Адрес:.....		
.....		
E-mail:.....		
.....		
Раб. тел.:.....	Дом. тел.:.....	
.....		
Моб. тел.:.....	Факс:.....	
.....		

3. Медицинская информация

Диагноз:

Данные проведенных исследований/анализов:

Запрещенная субстанция (-ии)	Дозировка	Способ применения	Частота применения
Предположительная продолжительность курса применения			

Дополнительная информация

.....
.....
.....

5. Заявления врача и спортсмена

Я, подтверждаю, что вышеупомянутая субстанция (-ии) для вышеназванного спортсмена применялась/применяется для надлежащего лечения вышеназванного заболевания. Я также подтверждаю, что использование альтернативных медикаментов, не входящих в запрещенный список, не может принести удовлетворительных результатов при лечении вышеназванного заболевания.

Причины:

Подпись врача: Дата:

Я,.....подтверждаю точность информации, изложенной в пункте 1, и обращаюсь за разрешением на использование субстанции из запрещенного списка ВАДА. Я согласен на передачу информации о своем здоровье в антидопинговую организацию, а также в ВАДА и Комитет ВАДА по терапевтическому использованию (КТИ) в соответствии с положениями Всемирного антидопингового Кодекса. Я понимаю, что если я откажусь предоставлять информацию о состоянии своего здоровья в антидопинговую организацию, ВАДА или КТИ ВАДА, я должен письменно уведомить своего врача об этом факте.

Подпись спортсмена:..... **Дата:**.....

Подпись родителя или опекуна: **Дата:**
(если спортсмен несовершеннолетний или с ограниченными физическими возможностями, не позволяющими ему поставить подпись собственноручно, родитель или опекун должны подписаться вместе с ним или от его имени)

Примечание 1

Имя, квалификация и медицинская специальность
Например: Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-enterologist