2.pielikums

Ministru kabineta

2011.gada ,,\_\_\_,, \_\_\_\_,, noteikumiem Nr.

**Terapeitiskās lietošanas izņēmumu (TUE) pieteikuma anketa**

**Therapeutic Use Exemptions (TUE) application form**

**Lūdzu visus laukus aizpildiet drukātiem burtiem vai datorrakstā**

**Please complete all sections in capital letters or typing**

1. Ziņas par sportistu / Athlete information

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vārds:First name |  | Uzvārds:Surname |  |
| Vīr. [ ] Male | Siev. [ ] Female | Dzimšanas dati:Date of birth |  |
| Adrese:Address |  |
| Pilsēta:City |  | Valsts:Country |  | Pasta indekss:Postcode |  |
| Telefons: Telephone  |  | E-PASTS:E-mail |  |
| Sporta veids/disciplīna:Sport/discipline. Position |  |
| Starptautiskā sporta federācija:International sport organization (IF) |  |
| Lūdzu atzīmējiet piemērotāko / Please mark the appropriate box: |
| □ | Esmu starptautiskās sporta federācijas sportistu reģistrā / I am part of an IF RTP |
| □ | Esmu SMVA pārbaudāmo sportistu reģistrā / I am part of an Latvian NADO RTP |
| □ | Es piedalos šādās starptautiskās sporta federācijas sacensībās, kurās atbilstoši starptautiskās sporta Federācijas noteikumiem nepieciešama TUE atļauja / I am participating in this IF event for which a TUE granted pursuant to the IF’s rules is required: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Sacensību nosaukums / Name of the event) |
| □ | Neviens no iepriekšējiem variantiem / None of the above |
| Ja sportistam ir invaliditāte, norādiet to /If athlete with disability, indicate disability |  |

2. Medicīniskā informācija / Medical information

|  |
| --- |
| Diagnoze ar atbilstošu medicīnisko informāciju (skatiet piezīmi 6.punktā) / Diagnosis with sufficient medical information (see note in Article 6): |
|  |
| Ja medicīniskā stāvokļa ārstēšanai var tikt izmantoti atļauti medikamenti, norādiet klīnisku pamatojumu aizliegtā medikamenta lietošanas pieprasījumam. /If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication. |
|  |

3. Ziņas par zālēm / Medication details

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aizliegtā viela (aktīvā viela) / Prohibited substance (generic name) | Deva / Dose | Ievadīšanas ceļš / Route | Ievadīšanas biežums / Frequency |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |
| Paredzamais lietošanas ilgums:(Nepieciešamo atzīmēt)Intended duration of treatment:(Please tick appropriate box) | [ ]  vienreizējs / once only | [ ]  neatliekams / emergency |
| ilgstošs (norādiet laiku nedēļās/mēnešos) / durable (week/month): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vai Jūs iepriekš esat iesnieguši TUE pieteikumu:Have you submitted any previous TUE application: | JāYes | [ ]  | NēNo | [ ]  |
| Kādai vielai?For which substance? |  |
| Kādai institūcijai?To whom? |  | Kad?When? |  |
| Lēmums:Decision: | ApstiprinātsApproved | [ ]  | NeapstiprinātsNot approved | [ ]  |

4. Ārsta paziņojums / Medical practitioner’s declaration

|  |
| --- |
| Ar šo apstiprinu, ka iepriekš minētā ārstēšana ir medicīniski pamatota un citu zāļu lietošana, kas nav iekļautas aizliegto vielu un metožu sarakstā, nav piemērota šī stāvokļa ārstēšanai / I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition. |
| Vārds, uzvārds:Name: |  |
| Medicīnas specialitāte:Medical speciality: |  |
| Adrese:Address: |  |
| TELEFONS: (ar starptautisko kodu)Telephone (with international code) |  | Fakss:Fax |  |
| E-pasts:E-mail |  |
| Ārsta paraksts:Signature of medical practitioner: |  | Datums:Date: |  |

5. Sportista paziņojums / Athlete’s declaration

|  |
| --- |
| Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apliecinu, ka 1.punktā minētā informācija ir pareiza un esmu pieprasījis (-usi) atļauju lietot vielu vai metodi no aizliegtā vielu un metožu saraksta. Es pilnvaroju Sporta medicīnas valsts aģentūru, WADA amatpersonas, WADA TUEC (terapeitiskās lietošanas izņēmumu komiteju) un citas antidopinga organizācijas, kuras noteiktas Pasaules Antidopinga kodeksā, izmantot šo informāciju saskaņā ar Kodeksa prasībām. Es apzinos, ka mani dati tiks izmantoti tikai TUE pieteikuma izvērtēšanai vai iespējama antidopinga noteikumu pārkāpuma izvērtēšanā. Es izprotu savas tiesības saņemt informāciju par: 1) manu personas datu izmantošanu 2) tiesībām piekļūt saviem personas datiem vai labot tos; 3) iespēju atsaukt šīm organizācijām piešķirto atļauju piekļūt informācijai par manu veselības stāvokli, rakstiski sniedzot pieprasījumu savam ārstam un antidopinga organizācijai. Es saprotu un piekrītu, ka informācija, kas saistīta ar TUE un nosūtīta pirms manas piekrišanas atsaukšanas, var tikt izmantota iespējama antidopinga noteikumu pārkāpuma izvērtēšanai, ja to paredz Pasaules Antidopinga kodekss. Es apzinos, ka gadījumā, ja es uzskatu, ka mani personas dati netiek izmantoti atbilstoši šim paziņojumam un Starptautiskā privātuma un personas datu aizsardzības standarta prasībām, es varu iesniegt prasību Pasaules Antidopinga aģentūrā vai Sporta arbitrāžas tiesā CAS. /I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certify that the information under Article 1 is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. 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 provisions of the Code. I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my 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 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. |
| Sportista paraksts:Athlete’s signature |  | Datums:Date |  |
| Vecāku vai aizbildņa paraksts:Parent’s / guardian’s signature |  |
| (ja sportists ir nepilngadīgs vai viņam ir invaliditāte, kas traucē parakstīt šo anketu, vecāks vai aizbildnis to paraksta viņa vārdā vai kopā ar viņu) /(if the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete) |
| 6. Piezīme / NoteDiagnoze. Šim pieteikumam jāpievieno pierādījumi, kas apstiprina diagnozi. Šādi medicīniski pierādījumi ir vispusīga slimības vēsture un atbilstošo izmeklējumu rezultāti, laboratoriju slēdzieni un vizuālās diagnostikas rezultāti. Ja iespējams, šiem pierādījumiem jāpievieno oriģinālo izmeklējumu vai vēstuļu kopijas. Pierādījumiem jābūt iespējami objektīviem, ņemot vērā klīnisko stāvokli un gadījumos, kad veselības stāvokli nosaka vizuāli neatspoguļojami simptomi, pieteikuma izskatīšanas procesā var tikt izmantoti neatkarīgu mediķi viedokļi. / Diagnosis. Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should 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 and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.Nepilnīgi aizpildīta anketa tiks atdota un pieteikums jāiesniedz vēlreiz / Incomplete applications will be returned and will need to be resubmitted. Aizpildītu anketu, lūdzu, iesniedziet Terapeitiskās lietošanas komisijā un paturiet sev kopiju / Please submit the completed form to TUEC and keep a copy for your records:Sporta medicīnas valsts aģentūraRaiņa bulvāris 27, Rīga, LV - 1050Tel. 67226164, Mob. 29296236, Fax. 67226164; E-pasts: info@antidopings.lv |

Veselības ministrs J.Bārzdiņš

29.09.2011.14:08

1147

A.Egle

67876099, andris.egle@vm.gov.lv