2. pielikums

Ministru kabineta

2011. gada 19. oktobra

noteikumiem Nr. 820

*(Pielikums MK 12.05.2015. noteikumu Nr. 222 redakcijā, kas grozīta ar MK 14.03.2017. noteikumiem Nr. 140)*

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

***Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form***

Lūdzu, visus laukus aizpildiet drukātiem burtiem vai datorrakstā. Sportistam jāaizpilda šīs anketas 1., 5., 6. un 7. punkts; ārstam jāaizpilda 2., 3. un 4. punkts. Nesalasāma un nepilnīgi aizpildīta anketa netiks pieņemta un tiks nosūtīta atpakaļ – šādā gadījumā tā jāaizpilda atbilstoši prasībām un jāiesniedz atkārtoti.

*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 application will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.*

1. Ziņas par sportistu

*Athlete information*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vārds*Name* |  | Uzvārds*Surname* |  |
| Vīr./*Male* [ ]  | Siev./Female [ ]  | Dzimšanas dati (dd. mm. gggg.)Date of birth (d/m/y) |  |
| Adrese*Address* |  |
| Pilsēta*City* |  | Valsts*Country* |  | Pasta indekss*Postal code* |  |
| Tālrunis(ar starptautisko kodu)*Telephone (with international code)* |  | E-pasts *E-mail* |  |
| Sporta veids, disciplīna *Sport, discipline* |  |
| Starptautiskā vai nacionālā sporta organizācija *International or National Sports Organization (IF)* |  |
| Ja esat sportists ar veselības traucējumiem, lūdzu, norādiet veselības traucējumu*If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment* |  |

2. Medicīniskā informācija (ja nepieciešams, turpināt uz atsevišķas lapas)
*Medical information (continue on separate sheet, if necessary)*

|  |
| --- |
| Diagnoze *Diagnosis* |
|  |
| Ja medicīniskā stāvokļa ārstēšanai var tikt izmantoti atļauti medikamenti, norādiet klīnisku pamatojumu aizliegtā medikamenta lietošanas pieprasījumam*If permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication* |
|  |
| Piezīme*Note* | Diagnoze Pierādījumi, kas apstiprina šo diagnozi, jāpievieno šim pieteikumam. Šajos pierādījumos ietilpst slimības vēsture, atbilstošo izmeklējumu rezultāti, laboratorijas analīzes, attēldiagnostikas izmeklējumi. Ja iespējams, anketai pievieno attiecīgo izmeklējumu kopijas vai izrakstus. Pierādījumiem jābūt iespējami objektīviem, ņemot vērā klīnisko stāvokli, un gadījumā, ja veselības stāvokli nosaka vizuāli neatspoguļojami simptomi, pieteikumam jāpievieno neatkarīgs medicīnisks viedoklis, kas papildina pieteikumā sniegto informāciju. *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.*Pasaules Antidopinga aģentūra (WADA) uztur vairākas vadlīnijas, lai palīdzētu ārstiem pilnīga TUE pieteikuma sagatavošanā. Šīs TUE vadlīnijas ārstiem ir pieejamas, ievadot meklētājā terminu "medicīniska informācija" angļu valodā ("*Medical Information*") WADA tīmekļvietnē: https://www.wada-ama. org. Vadlīnijas attiecas uz virkni medicīnisku stāvokļu, kas parasti ietekmē sportistus un kam nepieciešama ārstēšana ar aizliegtajām dopinga vielām, diagnozi un ārstēšanu.*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. Ziņas par medikamentiem

*Medication details*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aizliegtā(-s) viela(-s) (starptautiskais nosaukums)*Prohibited substance(s) (generic name)* | Deva*Dose* | Ievadīšanas ceļš*Route of administration* | Ievadīšanas biežums*Frequency of administration* | Ārstēšanas ilgums *Duration of treatment* |
| 1.  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |  |

4. Ārsta paziņojums

*Medical practitioner’s declaration*

|  |
| --- |
| Apstiprinu, ka 2. un 3. punktā sniegtā informācija ir precīza un iepriekš minētā ārstēšana ir medicīniski pamatota.*I certify that the information at Sections 2 and 3 above is accurate, and that the above­ mentioned treatment is medically appropriate.* |
| Vārds, uzvārds*Name, surname* |  |
| Medicīnas specialitāte*Medical specialty* |  |
| Adrese*Address* |  |
| Tālrunis (ar starptautisko kodu)*Telephone (with international code)* |  | Fakss*Fax* |  |
| E-pasts *E-mail* |  |
| Ārsta paraksts*Signature of medical practitioner* |  | Datums*Date* |  |

5. Pieteikumi ar atpakaļejošu datumu

*Retroactive application*

|  |  |
| --- | --- |
| Vai šis pieteikums ir ar atpakaļejošu datumu? *Is this a retroactive application?*Jā/*Yes* □Nē/*No* □Ja atbilde ir "jā", kurā datumā tika sākta ārstēšana? *If yes, on what date was treatment started?* | Lūdzu, norādiet iemeslu*Please indicate reason*:□ Ir bijusi nepieciešama neatliekama ārstēšana vai akūta medicīniskā stāvokļa ārstēšana/*Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary*□ Citu ārkārtas apstākļu dēļ nebija pietiekami daudz laika vai iespēju iesniegt pieteikumu pirms parauga savākšanas/*Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection*□ Saskaņā ar noteikumiem iepriekšējs pieteikums nav nepieciešams/*Advance application not required under applicable rules*□ Cits/*Other*Lūdzu, paskaidrojiet/*Please explain* |

6. Iepriekšējie pieteikumi

*Previous applications*

|  |
| --- |
| Vai Jūs esat iesniedzis iepriekšējus pieteikumus TUE saņemšanai?*Have you submitted any previous TUE applications?*  Jā/*Yes* □Nē/No □ |
| Par kādu vielu vai metodi?*For which substance or method?* |
| Kam? *To whom?* |
| Kad?*When?* |
| Lēmums*Decision* □ Apstiprināts/*Approved* □ Nav apstiprināts/*Not approved* |

7. Sportista paziņojums

*Athlete’s declaration*

|  |
| --- |
| Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apliecinu, ka 1., 5. un 6. punktā minētā informācija ir pareiza. Es pilnvaroju Valsts sporta medicīnas centru, WADA amatpersonas, WADA TUEC (Terapeitiskās lietošanas komisiju) un citas antidopinga organizācijas, kuras noteiktas Pasaules Antidopinga kodeksā, izmantot šo informāciju saskaņā ar minētā kodeksa un/vai Terapeitiskās lietošanas atļaujas starptautiskā standarta prasībām. Es piekrītu, ka mani ārsti minētajām personām izpauž jebkādu ar veselību saistītu informāciju, kas, viņuprāt, nepieciešama mana pieteikuma izvērtēšanai un lēmuma pieņemšanai.Es apzinos, ka mani dati tiks izmantoti tikai TUE pieteikuma izvērtēšanai vai iespēja­ma antidopinga noteikumu pārkāpuma izvērtēšanai. 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 iesniedzot 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 piekrītu, ka lēmums par šo pieteikumu būs pieejams visām antidopinga organizācijām vai citām organizācijām, kurām ir dopinga kontroles un/vai rezultātu pārvaldības tiesības.Es apzinos un piekrītu, ka personas, kas saņems manus datus un lēmumu par šo pietei­kumu, var atrasties citā valstī, kas nav manas dzīvesvietas valsts. Atsevišķā valstī datu aizsar­dzības un privātuma likumi var nebūt līdzvērtīgi manas dzīvesvietas valsts attiecīgajiem likumiem.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 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.* |
| Sportista paraksts *Athlete’s signature* |  | Datums *Date* |  |
| Vecāku vai aizbildņa paraksts *Parents’ or guardian’s signature* |  |
| (ja sportists ir nepilngadīgs vai viņam ir veselības traucējumi, kas traucē parakstīt šo anketu, vecāks vai aizbildnis to paraksta viņa vārdā)*(if the athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)* |
| Valsts sporta medicīnas centrsRaiņa bulvāris 27, Rīga, LV-1050Tālr. 67226164, mob. tālr. 29296236, fakss 67226164, e-pasts: info@antidopings.lv |