

**განაცხადი თერაპიული გამოყენების ნებართვის მიღებაზე
THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE) APPLICATION FORM**

გთხოვთ, გარკვევით შეავსოთ ყველა პუნქტი. სპორტსმენი ავსებს 1, 5, 6 და 7 პუნქტებს; ექიმი ავსებს 2, 3 და 4 პუნქტებს. შეუსაბამო ან არასრული განაცხადები დაუბრუნდება განმცხადებელს და განმეორებით მიიღება მხოლოდ შესაბამისი და სრულყოფილი სახით.

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. ინფორმაცია სპორტსმენის შესახებ
Athlete information**

გვარი: ----- Surname:	სახელი: ----- Given names:	
ქალი <input type="checkbox"/> მამაკაცი <input type="checkbox"/> Female Male	დაბადების თარიღი (დღე/თვე/წელი): ----- Date of birth (d/m/y)	
მისამართი: ----- Address:		
ქალაქი: ----- City:	ქვეყანა: ----- Country:	საფოსტო ინდექსი: ----- Postcode:
ტელეფონი (ქვეყნის საერთაშორისო კოდის მითითებით): ----- Tel (with international code):		
ელ. ფოსტა: ----- E-mail:		
სპორტის სახეობა: ----- Sport :	ქვესახეობა/სათამაშო პოზიცია: ----- Discipline/position:	
საერთაშორისო ან ეროვნული სპორტული ორგანიზაცია: International or national sport organization: -----		
უნარშეზღუდული სპორტსმენის შემთხვევაში მიუთითეთ უნარშეზღუდულობის სახე: If athlete with disability, indicate disability: -----		

2. სამედიცინო ინფორმაცია (შეიძლება გააგრძელოთ ცალკე ფურცელზე)
Medical information (continue on separate sheet if necessary)

დიაგნოზი:
 Diagnosis:

თუ მოცემული სამედიცინო მდგომარეობის სამკურნალოდ შეიძლება გამოყენებულ იქნას ნებადართული მედიკამენტი, გთხოვთ მოიყვანოთ კლინიკური დასაბუთება იმისა, თუ რატომ ითხოვთ აკრძალული მედიკამენტის გამოყენებს ნებართვას:
 If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

<p>შენიშვნა</p> <p>Note</p>	<p>დიაგნოზი</p> <p>ამ განაცხადს თან უნდა ერთვოდეს დიაგნოზის დამადასტურებელი ობიექტური სამედიცინო ინფორმაცია. ეს უკანასკნელი უნდა მოიცავდეს ავადმყოფობის ისტორიას და შესაბამისი გამოკვლევების შედეგებს, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული ანალიზების მონაცემებს. შესაძლებლობის შემთხვევაში განაცხადს თან დაურთეთ უშუალოდ ანალიზების და გამოკვლევების პასუხების, ასევე სპეციალისტების ჩანაწერების ქსეროასლები. ინფორმაცია უნდა იყოს მაქსიმალურად ობიექტური, კლინიკური გარემოებებიდან გამომდინარე. ისეთი მდგომარეობების შემთხვევაში, რომელთა ობიექტური დემონსტრირება ვერ ხერხდება, დამატებით დაურთეთ დამოუკიდებელი სამედიცინო პირის მოსაზრება.</p> <p>Diagnosis</p> <p><i>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.</i></p>
---	--

3. დეტალური ინფორმაცია მედიკამენტის შესახებ
Medication details

<p>აკრძალული ნივთიერება(ები): <i>გენერული სახელწოდება</i></p> <p>Prohibited Substance(s): <i>Generic name</i></p>	<p>დოზა Dose</p>	<p>შეყვანის გზა Route of Administration</p>	<p>სისშირე Frequency</p>	<p>მკურნალობის ხანგრძლივობა Duration of Treatment</p>
1.				
2.				
3.				

4. ექიმის განცხადება
Medical practitioner's declaration

გადასტურებ, რომ ზემოთ, 2 და 3 პუნქტებში მოყვანილი ინფორმაცია ზუსტია და რომ ზემოთაღნიშნული მკურნალობა გამართლებულია სამედიცინო თვალსაზრისით
I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate

სახელი, გვარი: -----
 Name: -----

სპეციალობა: -----
 Medical specialty: -----

მისამართი: -----
 Address: -----

ტელეფონი: -----
 Tel.: -----

ფაქსი: -----
 Fax: -----

ელ.ფოსტა: -----
 E-mail: -----

ექიმის ხელმოწერა: ----- თარიღი: -----
 Signature of Medical Practitioner: ----- Date: -----

5. რეტროაქტიული განაცხადები
Retroactive applications

<p>არის თუ არა ეს რეტროაქტიული განაცხადი? Is this a retroactive application?</p> <p>დიახ: <input type="checkbox"/> Yes:</p> <p>არა: <input type="checkbox"/> No:</p> <p>თუ დიახ, მიუთითეთ მკურნალობის დაწყების თარიღი: If yes, on what date was treatment started?</p> <p>-----</p>	<p>გთხოვთ, მიუთითოთ მიზეზი: Please indicate reason:</p> <p>აუცილებელი გახდა მწვავე სამედიცინო მდგომარეობის გადაუდებელი მკურნალობა <input type="checkbox"/> Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</p> <p>სხვა განსაკუთრებული გარემოებების გამო, არ იყო საკმარისი დრო განაცხადის შეტანისთვის სინჯის აღებამდე <input type="checkbox"/> Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</p> <p>აღნიშნული შემთხვევისთვის წესები არ მოითხოვს წინასწარ განაცხადს <input type="checkbox"/> Advance application not required under applicable rules</p> <p>სხვა მიზეზი <input type="checkbox"/> Other</p> <p>განმარტეთ: Please explain:</p>
---	--

6. წარსული განაცხადები
Previous applications

წარსულში გაგიკეთებიათ განაცხადი თერაპიული გამოყენების ნებართვის მისაღებად?
Have you submitted any previous TUE application(s)?

დიახ არა
Yes No

რომელი ნივთიერებისთვის? -----
 For which substance or method?

ვის მიმართ? ----- როდის? -----
 To whom? When?

გადაწყვეტილება: ნებართვა უარი
Decision: Approved Not approved

7. სპორტსმენის განცხადება
Athlete's declaration

მე, -----, ვადასტურებ რომ 1, 5 და 6 პუნქტში მოყვანილი ინფორმაცია ზუსტია. თანახმა ვარ, პირადი სამედიცინო ინფორმაცია ჩემს შესახებ გადაეცეს ანტი-დოპინგურ ორგანიზაციას, აგრეთვე WADA-ს შესაბამისი უფლებამოსილების მქონე პერსონალს, WADA-ს თერაპიული გამოყენების ნებართვის კომიტეტს და სხვა ანტიდოპინგურ ორგანიზაციების თერაპიული გამოყენების ნებართვის კომიტეტებს მსოფლიო ანტიდოპინგური კოდექსის და/ან თერაპიული გამოყენების ნებართვის საერთაშორისო სტანდარტის მოთხოვნების შესაბამისად.

თანახმა ვარ, ჩემმა ექიმ(ებ)მა გადასცეს(ნ) ზემოთ ჩამოთვლილ პირებს ნებისმიერი ინფორმაცია ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რომელსაც ჩათვლიან საჭიროდ ჩემი განაცხადის განხილვისა და გადაწყვეტილების მიღებისთვის.

ვაცნობიერებ, რომ ეს ინფორმაცია გამოყენებული იქნება მხოლოდ თერაპიული გამოყენების ნებართვის მოთხოვნის შეფასების პროცესში, ანტიდოპინგური წესების შესაძლო დარღვევის გამოკვლევისა და პროცედურების კონტექსტში. ვაცნობიერებ, რომ თუ როდისმე მოვისურვებ (1) მოვიპოვო მეტი ინფორმაცია ჩემს მიერ მიწოდებული ინფორმაციის გამოყენების შესახებ; (2) გამოვიყენო ამ ინფორმაციაზე წვდომის და შესწორების უფლება ან (3) მოვითხოვო, რომ ზემოთ აღნიშნულ ორგანიზაციებს აღარ ჰქონდეთ ჩემი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვების უფლება, ამის შესახებ წერილობით უნდა შევატყობინო ჩემს ექიმს და ჩემი ქვეყნის ანტი-დოპინგურ ორგანიზაციას. ვაცნობიერებ და თანახმა ვარ, რომ ანტი-დოპინგური კოდექსის მოთხოვნების შესაბამისად, შეიძლება აუცილებელი იყოს ჩემს მიერ თანხმობის უარყოფამდე მიწოდებული, თერაპიული გამოყენების ნებართვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის შენახვა, მხოლოდ და მხოლოდ ანტი-დოპინგური წესების შესაძლო დარღვევის დადგენის მიზნით, კოდექსის მოთხოვნების შესაბამისად.

თანახმა ვარ, განაცხადის განხილვის შედეგად მიღებული გადაწყვეტილება ეცნობოთ ყველა ანტიდოპინგურ ორგანიზაციას, ან სხვა ორგანიზაციებს, რომელთაც აქვთ ტესტირების და/ან შედეგების მართვის უფლებამოსილება ჩემთან მიმართებაში.

ვაცნობიერებ, რომ ამ განაცხადთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და გადაწყვეტილების რეციპიენტები შეიძლება იმყოფებოდნენ ჩემი ქვეყნის გარეთ, სხვა ქვეყნებში. ზოგიერთ ამ ქვეყანაში მონაცემთა დაცვასთან და პირადი ინფორმაციის ხელშეუხებლობასთან დაკავშირებული კანონები შეიძლება არ იყოს ჩემი ქვეყნის კანონების ეკვივალენტური.

ვაცნობიერებ, რომ თუ ჩავთვლი, რომ ჩემი პირადი ინფორმაციის გამოყენება არ შეესაბამება ჩემს მიერ გაცემული თანხმობის პირობებს და პირადი ინფორმაციის დაცვის საერთაშორისო სტანდარტს, უფლება მაქვს შევიტანო საჩივარი WADA-ს, ან CAS-ის წინაშე.

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 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 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 I 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.

სპორტსმენის ხელმოწერა: _____ თარიღი: _____
Athlete’s signature Date

მშობლის/მეურვის ხელმოწერა: _____ თარიღი: _____
Parent’s/guardian’s signature Date

(თუ სპორტსმენი მცირეწლოვანია ან უნარშეზღუდულია, რაც ხელს უშლის ამ ფორმის ხელმოწერაში, სპორტსმენთან ერთად ან მისი სახელით ხელს აწერს მშობელი ან მეურვე)
(If the athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

გთხოვთ, ჩააბაროთ შევსებული განაცხადი _____ს

შემდეგი გზით: _____ (და შეინახოთ ასლი)

Please submit the completed form to -----

by the following means: ----- (keeping a copy for your records)