شعار أو اسم منظمة محاربة المنشطات

تعريف منظمة محاربة المنشطات

**نموذج طلب ترخيص** **الاستخدام** **للأغراض العلاجية**

يرجى ملء جميع الأقسام بحروف واضحة أو بالحاسوب. يجب على الرياضي ملء الأقسام 1 و5 و6 و7 ؛ ويجب على الطبيب ملء الأقسام 2 و3 و4. سيتم إرجاع الطلبات غير المقروءة أو غير المكتملة ويجب إعادة تقديمها في شكل مقروء وكامل.

1. **معلومات الرياضي**

|  |
| --- |
| الاسم العائلي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الاسم الشخصي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    الجنس : أنثى ذكر تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    المدينة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الدولة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( مع الرمز الدولي )    الرياضة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اللعبة/المنصب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    منظمة رياضية دولية أو وطنية:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    إذا كنت رياضيًا ذا إعاقة، فيرجى تحديد نوع الإعاقة:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **المعلومات الطبية (تابع على ورقة منفصلة إذا لزم الأمر)**

|  |
| --- |
| التشخيص:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    إذا أمكن استخدام دواء مرخص لعلاج المرض، فيرجى تقديم المبرر لاستخدام الدواء المحظور:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ملاحظة:**

سيتم إرفاق العناصر التي تؤكد التشخيص وإرسالها مع هذا الطلب. سوف تشمل الأدلة الطبية تاريخًا طبيًا كاملاً بالإضافة إلى نتائج جميع الفحوصات ذات الصلة والاختبارات المعملية ودراسات التصوير. كلما أمكن ذلك، سيتم إرفاق نسخة من جميع التقارير أو الرسائل الأصلية. الأدلة ستكون موضوعية قدر الإمكان في ضوء الظروف السريرية. في حالة الأمراض التي لا يمكن إثباتها، سيتم إرفاق رأي طبي مستقل لدعم هذا الطلب.

تحتفظ الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات بسلسلة من الإرشادات لمساعدة الأطباء في إعداد طلبات إعفاءات الاستخدام العلاجي شاملة ومفصلة. يمكن الوصول إلى هذه الوثائق، التي تحمل عنوان المعلومات الطبية لتوضيح قرارات لجنة إعفاءات الاستخدام العلاجي، عن طريق إدخال كلمة البحث "المعلومات الطبية" على موقع الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات (https://www.wada-ama.org). تتناول هذه الإرشادات تشخيص وعلاج عدد كبير من الحالات التي تصيب عادة الرياضيين وتحتاج إلى علاج بمواد محظورة.

1. **تفاصيل الأدوية**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| المواد المحظورة:  الاسم النوعي | الجرعة | طريقة تناول الدواء | الوتيرة | مدة العلاج |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. **شهادة الطبيب**

|  |
| --- |
| **أشهد، أنا الموقع أسفله، أن المعلومات الواردة في القسمين 2 و3 أعلاه صحيحة وأن العلاج المذكور أعلاه مناسب طبياً.**    الاسم:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  التخصص الطبي :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الفاكس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  توقيع الطبيب : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **طلبات بأثر رجعي**

|  |  |
| --- | --- |
| **هل هذا** **طلب بأثر رجعي؟**    **نعم:**  **لا**:    إذا كان الأمر كذلك، في أي تاريخ بدأ العلاج ؟  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **الرجاء اختيار أحد الأسباب التالية:**    الطوارئ الطبية أو علاج الأمراض الحادة  نظرًا لظروف استثنائية أخرى، لم يكن هناك وقت أو فرصة كافية لتقديم طلب إعفاءات الاستخدام العلاجي قبل جمع العينات  الطلب قبل استخدام المادة غير الإلزامية بموجب القواعد المعمول بها  الإنصاف (مطلوب موافقة الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات والوكالة الوطنية لمكافحة المنشطات/الفيدرالية الدولية)    يرجى التوضيح:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **يرجى التوضيح:**

|  |
| --- |
| **هل سبق لك أن قدمت طلبًا واحدًا أو أكثر من طلبات إعفاءات الاستخدام العلاجي إلى منظمة مكافحة المنشطات؟**    **نعم لا**    لأي مادة أو طريقة؟  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    لدى من؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ متى ؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    القرار: موافقة رفض |

1. **بيان الرياضي**

|  |
| --- |
| أنا، الموقع أسفله، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، أشهد أن المعلومات الواردة في الأقسام 1 و5 و6 دقيقة. أوافق على الإفصاح عن معلومات الصحة الشخصية لموظفي منظمة مكافحة المنشطات (ADO) والوكالة الدولية لمكافحة المنشطات ولجنة إعفاءات الاستخدام العلاجي التابعة للوكالة الدولية لمكافحة المنشطات ولجان أخرى لمنظمة مكافحة المنشطات والموظفين المعتمدين الذين قد يحق لهم معرفة هذه المعلومات بموجب المدونة العالمية لمكافحة المنشطات ("المدونة") و/أو المعيار الدولي لإعفاءات الاستخدام العلاجي. يخضع هؤلاء الأشخاص لالتزام بالسرية المهنية أو التعاقدية.  أصرح للطبيب (الأطباء) الخاص بي بتزويد الأفراد المذكورين أعلاه بأي معلومات صحية يرون أنها ضرورية لمراجعة طلبي واتخاذ قرار.  أدرك أنه لن يتم استخدام هذه المعلومات إلا لتقييم طلبي لإعفاءات الاستخدام العلاجي وفي سياق التحقيقات والإجراءات المتعلقة بانتهاكات قواعد مكافحة المنشطات المحتملة. أتفهم أنني إذا رغبت في (1) الحصول على مزيد من المعلومات حول استخدام معلوماتي ؛ (2) ممارسة أي حق قد أمتلكه، مثل حقي في الوصول أو التصحيح أو التقييد أو الاعتراض أو الحذف ؛ أو (3) إلغاء حق هذه المنظمات في الحصول على معلومات حول صحتي، يجب أن أبلغ طبيبي ومنظمة مكافحة المنشطات كتابيًا. أتفهم وأوافق على أنه قد يكون من الضروري الاحتفاظ بمعلومات إعفاءات الاستخدام العلاجي المقدمة قبل سحب موافقتي لأغراض التحقيقات أو الإجراءات المتعلقة بانتهاكات محتملة لقواعد مكافحة المنشطات، وفقًا لمتطلبات المدونة، المعايير الدولية، أو القوانين الوطنية لمكافحة المنشطات ؛ أو لغرض بدء أو ممارسة أو الدفاع ضد دعوى قضائية تتعلق بي أو بخصوص منظمة مكافحة المنشطات و/ أو الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات.  أوافق على إبلاغ القرار المتعلق بهذا الطلب إلى جميع منظمات مكافحة المنشطات، أو المنظمات الأخرى، المختصة بضبط و/ أو إدارة النتائج.  أدرك وأوافق على أن مستلمي معلوماتي والقرار بشأن هذا الطلب قد يكونان خارج بلد إقامتي. من المحتمل أن قوانين الخصوصية في بعض هذه البلدان قد لا تكون مكافئة لقوانين البلد الذي أعيش فيه. أدرك أنه سيتم تخزين معلوماتي في نظام إدارة وضبط مكافحة المنشطات ADAMS، الذي تستضيفه الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات على خوادم مقرها بكندا، طوال الوقت المحدد في المعيار الدولي لحماية البيانات الشخصية بالوكالة الدولية لمكافحة المنشطات (SIPRP).  أدرك أن لديّ فرصة لتقديم شكوى إلى الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات ( (privacy@wada-ama.org أو الهيئة التنظيمية الوطنية المسؤولة عن حماية البيانات في بلدي إذا اعتبرت أن معلوماتي الشخصية لا تُستخدم وفقا لهذه الموافقة و المعيار الدولي لحماية البيانات الشخصية SIPRP.  أتفهم أن الهيئات المذكورة أعلاه قد تشير إلى القوانين الوطنية لمكافحة المنشطات التي تخضع لموافقي، أو القوانين الأخرى المعمول بها التي قد يتطلب الكشف عنها اللجوء للمحاكم أو إنفاذ القانون عبر القوانين أو السلطات العامة المحلية أو غيرها. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات حول هذه القوانين الوطنية لمكافحة المنشطات من الاتحاد الدولي أو المنظمة الوطنية لمكافحة المنشطات.  **توقيع الرياضي** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **التاريخ** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **توقيع الوالد أو الوصي:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **التاريخ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (إذا كان الرياضي قاصرًا أو لديه إعاقة تمنعه من توقيع هذا النموذج، يجب على الوالد أو الوصي التوقيع نيابةً عنه.) |

يرجى إيداع النموذج المملوء إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ عبر الطريقة التالية (مع الاحتفاظ بنسخة شخصية): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_