



**Organizata Kombëtare Antidoping  
ALBANIA**

**PËRJASHTIM PËR PËRDORIM TERAPEUTIK (TUE) FORMULAR APLIKIMI**

Ju lutemi plotësoni të gjithë seksionet me shkronja të mëdha dore apo shtypi. Sportisti plotëson seksionet 1, 5, 6 dhe 7; mjeku plotëson seksionet 2, 3 dhe 4. Aplikimet e palexueshme ose jo të plota do të kthehen, dhe në këtë rast duhet të aplikoni përsëri në formë të lexueshme dhe të plotë.

**1. Informacioni për Sportistin**

Mbiemri: \_\_\_\_\_ Emri: \_\_\_\_\_

Femër  Mashkull  Datëlindja (d/m/v): \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Bashkia: \_\_\_\_\_ Qarku: \_\_\_\_\_ Kodi postar: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
(së bashku me prefiksin)

Sporti: \_\_\_\_\_ Disiplina: \_\_\_\_\_

Organizata Kombëtare Sportive:

Nëse jeni një Sportist me aftësi të kufizuara, ju lutemi tregoni dëmtimin përkatës:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Informacioni Mjekësor

Diagnoza:

Nëse një medikament i lejuar mund të përdoret për të trajtuar një problem shëndetsor, ju lutemi jepni arsyetimin klinik për përdorimin e kërkuar të substancave të ndaluara:

### **Koment:**

Dëshmitë që vërtetojnë diagnozën do të bashkëngjiten dhe përcillen së bashku me këtë kërkesë. Informacioni mjekësor duhet të përfshijë një histori gjithëpërfshirëse mjekësore dhe rezultatet e të gjitha ekzaminimeve përkatëse, hetimeve laboratorike dhe studime të rastit konkret. Kopje të raporteve ose letrave origjinale duhet të përfshihen, nëse është e mundur. Dëshmia duhet të jetë sa më objektive për rrethanat klinike. Në rastin e kushteve të padeklarueshme, opinioni i pavarur mbështetës mjekësor do ta ndihmonte kërkesën në fjalë.

WADA ka nxjerrë disa udhëzime për të ndihmuar mjekët në përgatitjen e aplikimeve të plota të TUE-së. Këto udhëzime për TUE-të, që lidhen me mjekët mund t'i gjeni në rubrikën "Informacioni Mjekësor", në faqen e internetit të WADA: <https://www.WADA-ama.org>. Udhëzimet përshkruajnë diagnozën dhe trajtimin e një sërë kushtesh mjekësore që zakonisht prekin sportistët dhe kërkojnë trajtim me substanca të ndaluara.

## 3. Detajet e medikamenteve

| <b>Substanca e ndaluar:<br/>Emri gjenerik</b> | <b>Doza</b> | <b>Rruga e marrjes</b> | <b>Frekuenca</b> | <b>Kohëzgjatja e trajtimit</b> |
|---|-------------|------------------------|------------------|--------------------------------|
| 1.  |             |                        |                  |                                |
| 2.  |             |                        |                  |                                |
| 3.  |             |                        |                  |                                |

## 4. Deklarata e Mjekut

Unë vërtetoj se informacioni në seksionet 2 dhe 3 më sipër, është i saktë dhe se trajtimi i mësipërm mjekësor është i përshtatshëm.

Emri:

Specialiteti mjekësor:

Adresa:

Tel.:

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nënshkrimi i mjekut: \_\_\_\_\_ Datë: \_\_\_\_\_

**5. Aplikimi prapaveprues**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Është ky një aplikim prapaveprues?</b></p> <p><b>Po:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jo:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Nëse po, në cilën datë ka filluar trajtimi?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p><b>Lutemi përcaktoni arësyen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Trajtimi emergjent ose trajtimi i një gjëndjeje akute mjekësore ishte i nevojshëm</p> <p><input type="checkbox"/> Për shkak të rrethanave të tjera të jashtëzakonshme, nuk kishte kohë ose mundësi të mjaftueshme për të paraqitur një aplikim para mbledhjes së mostrës</p> <p><input type="checkbox"/> Aplikimi paraprak nuk kërkohet sipas rregullave të zbatueshme</p> <p><input type="checkbox"/> Të tjera</p> <p>Lutemi shpjegoni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|

**6. Aplikime të mëparshme**

|  |
|--|
| <p><b>A keni paraqitur ndonjë aplikim të mëparshëm TUE?</b> Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/></p> <p>Për cilën substancë apo metodë?</p> <p>_____</p> <p>Kujt? _____ Kur? _____</p> <p>Vendimi: Miratuar <input type="checkbox"/> Jo miratuar <input type="checkbox"/></p> |
|--|

## 7. Deklarata e Sportistit/es

Unë, \_\_\_\_\_, vërtetoj se informacioni i paraqitur në seksionet 1, 5 dhe 6 është i saktë. Autorizoj dërgimin e informacionit mjekësor personal tek Organizata Anti-Doping (OKAD), si dhe stafi i autorizuar i WADA-s, tek Komiteti për Përrjashtimin e Përdorimit Terapeutik të WADA-s dhe tek Komisioni për Përrjashtimin e Përdorimit Terapeutik të Organizatave Antidoping si dhe stafet e autorizuar që mund të kenë të drejtë për këtë informacion, sipas Kodit Botëror Anti-Doping ("Kodi") dhe / ose Standardit Ndërkombëtar për Përrjashtimet e Përdorimit Terapeutik.

Unë pajtohem që mjeku t'i dërgojë personave të mësipërm çdo informacion shëndetësor që ata e konsiderojnë të nevojshëm, në mënyrë që të marrin në konsideratë dhe të përcaktojnë kërkesën time.

Unë kuptoj se informacioni im do të përdoret vetëm për vlerësimin e kërkesës time të TUE dhe në kontekstin e hetimeve dhe procedurave të mundshme të shkeljes së rregullit anti-doping.

Unë kuptoj se nëse ndonjëherë dëshiroj (1) të marr më shumë informacion në lidhje me përdorimin e informacionit tim shëndetësor; (2) të ushtroj të drejtën time për akses dhe korrigjim; ose (3) të revokoj të drejtën e këtyre organizatave për të marrë informacionin tim shëndetësor, unë duhet ta njoftoj mjekun tim dhe OKAD-në me shkrim për këtë fakt. Unë kuptoj dhe pajtohem se mund të jetë e nevojshme që informacionet e lidhura me TUE-në, të paraqitura para revokimit të dakortësisë time, të jenë ruajtur për qëllimin e vetëm në krijimin e një shkelje të mundshme të rregullit anti-doping, kur kjo kërkohet nga Kodi.

Pajtohem që vendimi mbi këtë kërkesë t'i vihet në dispozicion të gjithë Organizatave Antidoping ose organizatave të tjera, që kanë autoritetin e testimit dhe / ose autoritetin e menaxhimit të rezultateve lidhur me personin tim.

Unë kuptoj dhe pranoj që marrësit e informacionit tim dhe të vendimit për këtë kërkesë, mund të gjenden jashtë vendit ku unë banoj. Në disa prej këtyre vendeve, ligjet për mbrojtjen e të dhënave dhe privatësinë mund të mos jenë të njëjta me ato të vendit tim, në të cilin banoj.

Unë kuptoj se mund të paraqes një ankesë pranë WADA-s ose CAS, në qoftë se unë besoj që Informacionet e mia personale nuk përdoren në përputhje me pëlqimin tim dhe Standardin Ndërkombëtar për Mbrojtjen e Privatësisë dhe Informacionit Personal.

**Nënshkrimi i Sportistit/es:** \_\_\_\_\_ **Datë:** \_\_\_\_\_

**Prindi/ Kujdestari:** \_\_\_\_\_ **Datë:** \_\_\_\_\_

(Nëse Sportisti/ja është i mitur ose ka një dëmtim që e pengon atë për nënshkrimin e këtij formulari, një prind ose një kujdestar do të nënshkruajë në emër të Sportistit/es).

**Lutemi aplikoni formularin e plotësuar në OKAD:**

**E-mail:** [albanianado@gmail.com](mailto:albanianado@gmail.com) [Violeta.Shqevi@arsimi.gov.al](mailto:Violeta.Shqevi@arsimi.gov.al)

**Adresa:** Organizata Kombëtare Antidoping Rruga : « Liman Kaba » Parku Olimpik, Tiranë, Shqipëri.