

PRAŠYMO IŠDUOTI LEIDIMĄ VARTOTI GYDYMUI (LVG)

FORMA

***Therapeutic Use Exemptions (TUE)***

Prašom visas skiltis užpildyti didžiosiomis raidėmis arba elektroniniu būdu. Sportininkai pildo 1, 5, 6 ir 7 dalis; gydytojai terapeutai pildo 2, 3 ir 4 dalis. Neįskaitomai ar nevisiškai užpildyti prašymai grąžinami užpildyti įskaitomai ir galutinai / *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. Informacija apie sportininką**

 ***Athlete Information***

|  |
| --- |
| Pavardė \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vardas (-ai) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Surname* *Given Names*Moteris / *Female* □ Vyras / *Male* □ Gimimo data (m. / mėn. / d.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Date of Birth* (d/m/y)Adresas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Address*Miestas / *City*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Šalis / *Country*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pašto kodas / *Postcode*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El. paštas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*su tarptautiniu kodu /* *with international code*) *E-mail* Sporto šaka / Pozicija: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Sport Discipline*Tarptautinė ir nacionalinė sporto organizacija *International or National Sporting Organization* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Jei esate neįgalus sportininkas, įvardykite savo negalią *If athlete with disability, indicate disability and class* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

**2. Medicininė informacija**

 *Medical information*

|  |
| --- |
|  Diagnozė  *Diagnosis* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jeigu sportininko sveikatos sutrikimą galima gydyti leidžiamais vaistais, prašom kliniškai pagrįsti prašymą vartoti draudžiamąją medžiagą / *If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pastabos***Note* | **Diagnozė***Diagnosis* *Prie šio prašymo pridedami diagnozę pagrindžiantys įrodymai, įskaitant išsamią ligos istoriją ir laboratorinių, vaizdinių bei kitų tyrimų rezultatus. Jeigu įmanoma, turi būti pridėti ataskaitų ir laiškų originalai. Įrodymai konkrečiomis klinikinėmis aplinkybėmis turi būti kuo objektyvesni. Jei aplinkybių įrodyti neįmanoma, nagrinėjant šį prašymą remiamasi nepriklausomų medicinos atstovų nuomone / 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* |

**3. Informacija apie vaistus**

 *Medication details*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Draudžiamoji medžiaga (os)Bendrinis / nepatentuotas pavadinimas** ***Prohibited Substance(s)Generic name*** | **Dozė** *Dose* | **Vartojimo būdas** *Route* | **Periodiškumas** *Frequency* | **Vartojimo trukmė** *Duration of Treatment* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**4**. **Praktikuojančio gydytojo pareiškimas**

*Medical practitioner's declaration*

|  |
| --- |
| **Patvirtinu, kad 2 ir 3 dalyse pateikta informacija yra teisinga ir kad nurodytas gydymas yra mediciniškai pagrįstas /** *I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition*Vardas ir pavardė / *Name*, *Surname*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Medicininė specializacija / *Medical Specialty* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresas / *Address* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. / *Tel*. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Faksas / Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El. paštas / *E-mail* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gydytojo parašas / *Signature of Medical Practitioner* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data / *Date* |
|  |

**5**. **Prašymai atgaline data**

 ***Retroactive applications***

|  |  |
| --- | --- |
| **Ar tai yra prašymas atgaline data?***Is this a retroactive application?***Taip /** *Yes*□**Ne /** *No* □Jei taip, kada buvo pradėtas gydymas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Prašom nurodyti priežastį:***Please indicate reason***:**Reikėjo suteikti skubią medicinos pagalbą arba gydyti ūmų sveikatos sutrikimą / *Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary* □Dėl kitų išskirtinių aplinkybių nebuvo pakankamai laiko ar galimybių pateikti pažymą iki mėginio paėmimo / *Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection* □Remiantis taikytinomis taisyklėmis, prašymo pateikti iš anksto nebūtina / *Advance application not required under applicable rules* □Kita / *Other* □Prašom paaiškinti / *Please explain*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**6.** **Ankstesni prašymai**

 ***Previous applications***

|  |
| --- |
| **Ar esate anksčiau teikęs prašymą (-us) išduoti LVG?****Have you submitted any previous LVG application(s)? Taip / Yes** □ **Ne / No** ⁪□Dėl kurios medžiagos ar metodo? / For which substance or method\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kam? / *To whom?*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kada?/*When?*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sprendimas / *Decision*: Patvirtinta / *Approved* □ Nepatvirtinta / *Not approved □* |

**7. Sportininko pareiškimas**

 ***Athlete’s declaration***

|  |
| --- |
| Aš / *I*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, patvirtinu, kad 1, 5 ir 6 dalyse pateikta informacija yra teisinga. Leidžiu savo asmeninę medicininę informaciją teikti Antidopingo organizacijai (angl. ADO), taip pat įgaliotiems Pasaulinės antidopingo agentūros *(WADA)* darbuotojams, Pasaulinės antidopingo agentūros LVGIK (Leidimų vartoti gydymui išdavimo komitetui) ir kitiems antidopingo organizacijų LVGIK bei įgaliotiems darbuotojams, kurie turi teisę į šią informaciją pagal Pasaulinį antidopingo kodeksą („*Kodeksas*“) ir (arba) Leidimų vartoti gydymui išdavimo tarptautinį standartą / *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.* Sutinku, kad mano gydytojas (-ai) pirmiau minėtiems asmenims perduotų apie mano sveikatą bet kokią informaciją, kuri, jų manymu, yra reikalinga tam, kad būtų apsvarstytas mano prašymas ir priimtas sprendimas / *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.*Suprantu, kad mano duomenys bus naudojami vertinant mano prašymą išduoti LVG, taip pat atliekant tyrimus dėl galimo antidopingo taisyklių pažeidimo ir imantis procesinių veiksmų. Suprantu, kad jei ateityje norėsiu: 1) daugiau sužinoti apie tai, kaip panaudojama informacija apie mano sveikatą; 2) pasinaudoti susipažinimo su informacija ir duomenų ištaisymo teise arba 3) panaikinti šių organizacijų teisę gauti informaciją apie mano sveikatą, privalau raštu apie tai pranešti savo gydytojui ir savo antidopingo organizacijai. Suprantu ir sutinku, kad iki sutikimo atšaukimo pateikta su LVG susijusi informacija gali būti ir toliau saugoma vieninteliu tikslu – galimam antidopingo taisyklių pažeidimui nustatyti, kai to reikalaujama pagal *Kodeksą* / *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.* Sutinku, kad sprendimas dėl šio prašymo būtų prieinamas visoms antidopingo organizacijoms ar kitoms organizacijoms, turinčioms įgaliojimą mane testuoti ir (arba) tvarkyti testo rezultatus / *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.* Suprantu ir pripažįstu, kad informacijos apie mane ir šios prašymo sprendimo gavėjai gali būti kitoje šalyje nei ta, kurioje aš gyvenu. Kai kuriose iš šių šalių duomenų apsaugos ir privatumo teisės aktai gali skirtis nuo mano gyvenamosios šalies įstatymų */ 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.* Suprantu, kad jei manau, jog mano asmeninė informacija nebus naudojama laikantis šio sutikimo bei Tarptautinio privatumo ir asmens duomenų apsaugos standarto, galiu paduoti skundą Pasaulinei antidopingo agentūrai arba Tarptautiniam sporto arbitražo teismui / *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.***Sportininko parašas /** *Athlete’s signature***:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data /** *Date* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Vieno iš tėvų / globėjo parašas /** *Parent’s/Guardian’s signature***:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data /** *Date*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Jeigu sportininkas yra nepilnametis arba neįgalus ir dėl to jis / ji negali pats / pati pasirašyti šios formos, sportininko vardu ją pasirašo vienas iš tėvų ar globėjų*) / (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)*  |

 **Užpildytą formą prašom siųsti /** *Please submit the completed form to* **……………………………………… šiuo būdu (pasilikite kopiją sau) /** *by**the following means (keeping a copy for your records): ……………….……………………*