





## 2. Медицински информации:

Дијагноза со доволно медицински информации 1) \_\_\_\_\_

---

---

---

Ако болеста може да се третира со дозволеи медикаменти, обезбеди клиничка оправданост за употреба на забранета супстанца:

---

---

---

---

## 3. Детали за медикаментот

Забранета супстанца Генеричко име	Доза	Метод на администрарање	Фреквентност на администрарање
1.			
2.			
3.			

Планирано времетраење на администрарањето

1. Само еднаш

2. Ургентна сосотјба      Дата: \_\_\_\_\_ Време \_\_\_\_\_

3. Времетраење (денови или недели или месеци): \_\_\_\_\_

Во случај на ургентни состојби или третирање на акутни медицински состојби или исклучителни состојби, обезбедете ги сите релевантни информации за ургентноста или зошто немало време да се поднесе барање во предвидениот временски рок за третманот.

---

---

---



**3. Дали порано имате поднесувано ДТУ барање :да  
не** (заокружи)

Ако да, дата на понесување \_\_\_\_\_

За која супстанца \_\_\_\_\_

До која Анти-допинг организација:

Меѓународна \_\_\_\_\_

До моето национално Анти-допинг тело \_\_\_\_\_

Одлука: **0-Одобрено**      **0-Неодобрено**

**4. Изјава на одговорниот доктор:**

Јас потврдувам дека погоре-споменатата супстанца е медицински соодветна и дека корисењето на алтернативни медикаменти кои не се на листата на забранети супстанции би било недоволно за оваа состојба.

Име \_\_\_\_\_

През. \_\_\_\_\_

Медицинска  
специјалност \_\_\_\_\_

Адреса:

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

Емаил \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ Факс \_\_\_\_\_

**Потпис** \_\_\_\_\_

**дата** \_\_\_\_\_



## 5. Изјава на играчот

Јас \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /  
потврдувам дека податоците дадени под точка еден се точни и дека јас барам одобрување да користам супстанца или метода која е дел од ВАДА забранетата листа. Јас одобрувам да личните информации за болеста бидат достапни на ФФМ Анти-Допинг телото во согласност со ВАДА ДТУ процедурата.

Потпис на играчот \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_

Потпис на  
родител/старател \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Ако се работи за малолетни играчи или со недостаток поради кој не е во состојба да го потпише документот, родител или старател мора да го потпише документот.

Испрати го документот-барањето до ФФМ телото за Анти-Допинг по факс .. или по пошта и чувај копија кај себе.

Третманот може да се администрира само по добивање на дозволата.



**6.ЗАБЕЛЕШКИ:**

1.	<p><b>Дијагноза</b></p> <p>Фактите- наодите кои ја потврдуваат дијагнозата мора да се прикачат и испратат со оваа барање. Медицинските аргументи треба да вклучат комплетна медицинска историја-анамнеза на болеста и резултатите од релевантните испитувања, лабораториски наоди, рентгенски или МРИ наоди. Копии од оригиналните извештаи треба да се прикачат со сите документи. Фактите трба да бидат што е можно по објективни, и во случај на недемонстрирачки услови, независно медицинско мислење ќе се земе како асистенција во оваа апликација.</p>
2.	<p><b>ФФМ -одговорен доктор за Спортска Медицина и Анти-Допинг</b></p> <p>Кога се испраќа барање до меѓународни Анти-Допинг организации, кога е можно, треба да се наведе името на одговорниот доктор на вашата асоцијација или (ФФМ)-Др Илија СТОИЛОВ. Кога постои изјава за потребата од соодветната терапија и супстанца или метода за која се поднесува барањето од страна на тоа одговорно лице, истата треба да се испрати до соодветната Анти-Допинг организација</p>

**СИТЕ ИНФОРМАЦИИ СЕ ТРЕТИРААТ КАКО СТРОГО ДОВЕРЛИВИ**