

Dünya Anti-Doping Ajansı (WADA), Türkiye Doping Kontrol Merkezi'ne, Türkçe dokümanların hazırlanmasındaki değerli katkılarından dolayı takdir ve teşekkürlerini bildirir. Böylece WADA, kamu yetkilileri ve spor hareketinin sporu dopingten arıtma ortak amacına yönelik olarak çalışabilmeleri için belgelerin tüm dünya ülkelerince paylaşımı sağlanmıştır.

TEDAVİ AMAÇLI KULLANIM İSTİSNASI FORMU (TAKİ)

Lütfen bütün bölümleri büyük harfle veya daktilo ile doldurunuz

1. Sporcu Bilgileri

Soyadı:.....	Adı:.....	
Bayan <input type="checkbox"/>	Bay <input type="checkbox"/>	Doğum Tarihi:.....
Adres:.....		
Şehir:.....	Ülke:.....	Posta Kodu:.....
Telefon(Uluslararası Kodu ile):.....		E-posta:.....
Spor Dalı:.....		Branş:.....
Uluslararası veya Ulusal Spor Organizasyonu:.....		
Eğer sporcu engelli ise engelini belirtiniz:.....		

2. Tıbbi Bilgiler

Tanının yeterli tıbbi bilgi ile açıklanması (not 1'e bak sayfa-3)

.....

.....

.....

.....

Tedavi amaçlı yasaklı madde kullanıldıysa klinik bulguları belirtiniz.

.....

.....

.....

.....

ÇOK GİZLİ

3. Tıbbi Uygulama Detayları

Yasaklı Maddeler Jenerik Adı	Doz	Uygulama Şekli	Kullanım Sıklığı
1.			
2.			
3.			

Uygulama Süresi : sadece 1 kez acil durumlarda
(Lütfen uygun kutuyu işaretleyin) veya süre(hafta/ay)

Daha önce hiç Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ) uygulaması yapıldı mı?

Evet Hayır

Hangi madde için?:.....

Kime?:.....Ne zaman?.....

Karar: Uygun bulunmuş Uygun bulunmamış

4. Hekim Beyanı

Yasaklı maddeler listesinde olmayan tıbbi maddenin kullanımının iyileşme sürecinde başarısız olmasından dolayı yukarıda adı geçen yasaklı maddeler listesinde tanımlanan madde/maddelerin kullanıldığını beyan ederim.

Adı ve Soyadı:.....

Tıbbi uzmanlık dalı:.....

Adres:.....

Telefon:.....Faks:.....

E-posta:.....

Hekimin imzası:.....Tarih:.....

ÇOK GİZLİ

5. Sporcunun Beyanı

Ben, aşağıda not 1'de belirtilen tanının doğru olduğunu onaylayıp, WADA yasaklı maddeler listesindeki madde veya yöntemi kullanmak için onay talep ediyorum. Anti-doping organizasyonu WADA yetkililerine, WADA Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası Komitesine ve WADA kodunda belirtilen diğer anti-doping organlarına şahsım için hazırlanan tıbbi bilgilerin verilmesine müsaade ediyorum. Eğer sağlık belgelerimi içeren belgeyi yukarıda belirtilen organizasyonlara vermezsem bu durumu benimle ilgili hekim ve benim Anti-doping organizasyonuma (ADO) yazılı olarak bildirmek zorundayım.

Sporcunun imzası:.....

Tarih:.....

Refakatçinin imzası:.....

Tarih:.....

(Eğer sporcunun yaşı küçükse veya formu imzalayamayacak bir engelle sahipse refakatçisi sporcunun adına TAKİ formunu imzalar.)

6. Not

Not 1

Tanı

Tanı verilerinin kanıtları bu uygulamaya eklenmelidir. Bu kanıtlar, ayrıntılı olarak sporcunun tıbbi geçmişini, tüm ilgili muayene sonuçlarını, laboratuvar araştırmalarını ve röntgen bulgularını içermelidir. Eğer mümkünse, orijinal raporun ve yazıların kopyaları da eklenmelidir. Kanıtlar klinik olarak mümkün olduğunca objektif olmalıdır. Kanıt bulunmadığı durumlarda, tıbbi görüşün bağımsız olarak desteklenmesi bu uygulamaya yardımcı olacaktır.

Eksik Form geri gönderilecek ve yeniden doldurulacaktır.

Lütfen tamamlanan formu Anti-doping organizasyonuna teslim ediniz ve bir kopyasını kendi kayıtlarınızda tutunuz.

ÇOK GİZLİ