



Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ) Başvurusu Kontrol Listesi :

## Böbrek Transplantasyonu

*Yasaklı Maddeler: Sistemik glukokortikoidler, EPO, idrar söktürücüler, beta-bloke ediciler, hipoksi ile indüklenen faktör (HIF), proksil-hidroksilaz inhibitörleri*



Bu Kontrol Listesi, Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ) başvuru gereklilikleri konusunda, sporcu ve hekimlerine yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır. Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası Kurulu (TAKİK), ancak ve ancak listede belirtilen bilgiler eksiksiz ve doğru şekilde tamamlandığı takdirde, Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnalarına ilişkin Uluslararası Standart'ın ilgili kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığını değerlendirebilecektir.

Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ) formunun tek başına yeterli olmadığını lütfen unutmayın; başvuru sırasında destekleyici raporlar da MUTLAKA forma eklenmelidir. Başvuruyu listede belirtildiği şekilde tamamlamış olmanız Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ) onayı verileceğini garanti ETMEZ. Ancak, bazı özel durumlarda da, başvuru kontrol listesinde bulunan her ögenin tamamlanması gerekmeyebilir.

<input type="checkbox"/>	<b>TAKİ başvuru formu</b> aşağıdakileri içermelidir:
<input type="checkbox"/>	Her bölüm okunabilir el yazısıyla eksiksiz doldurulmalıdır
<input type="checkbox"/>	Tüm bilgiler Türkçe veya İngilizce yazılmalıdır
<input type="checkbox"/>	Hekimin imzası bulunmalıdır
<input type="checkbox"/>	Sporcunun imzası bulunmalıdır
<input type="checkbox"/>	<b>Tıbbi raporlar</b> aşağıdaki detayları içermelidir:
<input type="checkbox"/>	Tıbbi öykü: belirtilerin başlangıç yaşı, bulgular, tanıya yönelik tetkikler
<input type="checkbox"/>	Böbrek fonksiyonu bozulmasının öyküsü ve buna bağlı olarak, nefroloji uzmanı tarafından, böbrek nakli kriterlerinin karşılandığına ilişkin kanıt. Nefroloji uzmanı tarafından imzalandığı takdirde aile hekimi iletebilir
<input type="checkbox"/>	Cerrahın imzasıyla böbrek nakil ameliyatı raporu
<input type="checkbox"/>	Greft reddi/fonksiyon bozukluğu durumunda, bunun nefroloji uzmanı tarafından onaylandığına ilişkin kanıt
<input type="checkbox"/>	Kardiyovasküler komplikasyonların olması durumunda: ilgili uzman veya kardiyolog tarafından beta-bloke edici tedavisi uygun görülen arteriyel hipertansiyon veya iskemik kalp hastalığına ilişkin kanıtlar
<input type="checkbox"/>	Reçete edilen her maddenin (sistemik glukokortikoidler, EPO, idrar söktürücüler, beta bloke ediciler, hipoksi ile indüklenen faktör (HIF), proksil-hidroksilaz inhibitörlerinin hepsi yasaktır) dozu, uygulama sıklığı ve uygulama yolu
<input type="checkbox"/>	<b>Tanı testi/değerlendirme ölçeği</b> aşağıda belirtilenlerin kopyalarını içermelidir:
<input type="checkbox"/>	Organ nakli öncesi böbrek fonksiyonlarındaki düşüşü belgeleyen laboratuvar testleri; EPO tedavisinde anemiye gösteren kan sonuçları
<input type="checkbox"/>	Kan basıncı değerleri; varsa, idrar söktürücüler veya beta-bloke ediciler tedavisi durumunda EKG, koroner BT, ekokardiyografi, koroner anjiyografi vb.
<input type="checkbox"/>	<b>Ek bilgiler</b>
<input type="checkbox"/>	Dopingle Mücadele Kuruluşu ek bilgi talep ederse başvuruya eklenmelidir