

CZĘŚĆ XIII: ZASADY I PRZEPISY MEDYCZNE

Aktualizację przepisów zgodną z obowiązującymi przepisami obowiązującymi w lipcu 2025 r. zawierającą ostatnie zmiany z 10.02.2025 r. oraz 03.10.2024 r. przygotował Bartosz Osenka. Opieka merytoryczna: Paweł Skorek.

SPIS TREŚCI

Rozdział I	Kodeks medyczny Ruchu Olimpijskiego.....	2
Rozdział II	Funkcje i osoby medyczne w kolarstwie	12
	§1 Komisja Medyczna UCI.....	12
	§2 Lekarz UCI	12
	§3 Delegat medyczny UCI	12
	§4 Lekarz narodowy	13
	§5 Lekarz sportowy drużyny	13
	§6 Asystenci medyczni	16
Rozdział III	Ochrona i promocja zdrowia zawodników	19
	§1 Zasady ogólne.....	19
	§2 Nadzór medyczny nad drużynami UCI World Teams i UCI Pro Teams	20
	§3 Nadzór medyczny nad kolarstwem kobiet, dyscyplinami MTB, MBX, torowymi	23
	§4 Zakazy dotyczące robienia zastrzyków	25
	§5 Diagnoza i powrót do rywalizacji po wstrząsie mózgu	28
	§6 Zakaz inhalacji tlenkiem węgla poza placówkami medycznymi	29
Rozdział IV	Opieka medyczna w czasie zawodów	32
	§1 Zasady ogólne.....	32
	§2 Mistrzostwa świata UCI, zawody ranci UCI World Cup i UCI World Tour	33
Rozdział V	Regulacje zdolności do udziału w zawodach dla sportowców transpłciowych	37
	§1 Wprowadzenie	37
	§2 Zastosowanie	39
	§3 Zasady kwalifikowalności dla zawodników transpłciowych	41
	§4 Studium przypadków	43
	§5 Monitorowanie kwalifikowalności dla zawodników transpłciowych	45
	§6 Procedury dyscyplinarne.....	48
	§7 Rozstrzyganie sporów	49
	§8 Poufność	50
	§9 Koszty	51
	§10 Wzajemne uznanie.....	51
	§11 Ograniczenie odpowiedzialności	51
	§12 Przepisy przejściowe	51
Dodatek:	Wytyczne medyczne	52
Załącznik 1		60
Załącznik 2		61

ROZDZIAŁ I: KODEKS MEDYCZNY RUCHU OLIMPIJSKIEGO

§1 Komisja Medyczna UCI

13.1.01 W roku 2009 Międzynarodowy Komitet Olimpijski ogłosił Kodeks Medyczny Ruchu Olimpijskiego, który jest zamieszczony poniżej.

Kodeks Medyczny Ruchu Olimpijskiego nie jest formalną częścią Przepisów Kolarskich UCI. Nie jest to zbiór zasad obowiązujących w UCI i kodeks ten nie nakłada wiążących obowiązków. Jest to dokument zawierający szereg zasad i celów, które powinny doradzać wszystkim osobom, które są związane z dbaniem o zdrowie zawodników lub z jakąkolwiek aktywnością, o której mówi się w tym Kodeksie – w szczególności: zawodnikom, ich lekarzom osobistym i lekarzom drużyny, Federacjom Narodowym, lekarzom drużyn narodowych, ratownikom medycznym, dyrektorom sportowym, organizatorom zawodów medycznych i członkom personelu medycznego zaangażowanym w obecne i przyszłe imprezy kolarskie. W tym celu poniżej przytoczono Kodeks Medyczny Ruchu Olimpijskiego.

13.1.02 Należy pamiętać, że w przypadku konfliktu z Kodeksem Medycznym Ruchu Olimpijskiego zastosowanie mają przepisy UCI — w szczególności rozdziały od 2 do 4 poniżej — a także wszelkie obowiązujące przepisy prawa lokalnego.

KODEKS MEDYCZNY RUCHU OLIMPIJSKIEGO

obowiązujący od 1 października 2009 roku

Spis treści

PREAMBUŁA

- Rozdział 1. Związki pomiędzy zawodnikami i osobami świadczący opiekę zdrowotną**
1. Zasady ogólne
 2. Informacje
 3. Zgoda
 4. Poufność i prywatność
 5. Opieka i leczenie
 6. Świadczenie opieki zdrowotnej
- Rozdział 2. Ochrona i promocja zdrowia zawodników podczas treningów i zawodów**
7. Zasady ogólne
 8. Sprawność fizyczna do uprawiania sportu
 9. Wsparcie medyczne
- Rozdział 3. Wdrażanie, zgodność i nadzór**
10. Wdrażanie
 11. Zgodność
 12. Nadzór
- Rozdział 4. Zakres, wejście w życie i zmiany**
13. Zgodność
 14. Wejście w życie
 15. Zmiany

PREAMBUŁA

„Podstawowe zasady olimpizmu”

1. *Olimpizm jest filozofią życia, wywyższającą i łączącą w harmonijną całość cechy ciała, woli i umysłu. Łącząc sport z kulturą i edukacją, olimpizm dąży do stworzenia stylu życia opartego na radości z wysiłku, wychowawczej wartości dobrego przykładu oraz szacunku dla uniwersalnych, podstawowych zasad etycznych.*
2. *Celem olimpizmu jest uczynienie sportu narzędziem harmonijnego rozwoju człowieka, z myślą o promowaniu pokojowego społeczeństwa, troszczącego się o zachowanie godności ludzkiej.*

Karta Olimpijska, lipiec 2007

1. Ruch Olimpijski, realizując swoją misję, powinien zachęcać wszystkich interesariuszy do podejmowania działań mających na celu zapewnienie, że sport jest uprawiany bez zagrożenia dla

zdrowia zawodników oraz z poszanowaniem zasad fair play i etyki sportowej. W tym celu promuje działania niezbędne do ochrony zdrowia uczestników i minimalizowania ryzyka obrażeń fizycznych oraz szkód psychicznych. Zachęca również do wdrażania środków chroniących zawodników w relacjach z lekarzami i innymi pracownikami opieki zdrowotnej.

2. Cel ten można osiągnąć przede wszystkim poprzez ciągłą edukację opartą na wartościach etycznych sportu oraz na osobistej odpowiedzialności każdego za ochronę własnego zdrowia i zdrowia innych.
3. Niniejszy Kodeks wspiera podstawowe zasady dotyczące najlepszych praktyk medycznych w sporcie oraz ochrony praw i zdrowia zawodników. Wspiera i zachęca do przyjmowania konkretnych działań w celu realizacji tych założeń. Uzupełnia i wzmacnia Światowy Kodeks Antydopingowy, jak również ogólne zasady uznawane w międzynarodowych kodeksach etyki lekarskiej.
4. Kodeks Medyczny Ruchu Olimpijskiego odnosi się do Igrzysk Olimpijskich, mistrzostw organizowanych przez Międzynarodowe Federacje oraz zawodów, którym Międzynarodowy Komitet Olimpijski (MKOI) udziela swojego patronatu lub wsparcia, a także do wszelkich innych wydarzeń sportowych...

Rozdział 1. ZWIĄZKI POMIĘDZY ZAWODNIKAMI I OSOBAMI ŚWIADCZĄCY OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

1. Zasady ogólne

- 1.1. Zawodnicy powinni cieszyć się tymi samymi podstawowymi prawami, co wszyscy pacjenci, w relacjach z lekarzami i pracownikami opieki zdrowotnej, w szczególności z poszanowaniem:
 - a. ich godności ludzkiej;
 - b. ich integralności fizycznej i psychicznej;
 - c. ochrony ich zdrowia i bezpieczeństwa;
 - d. ich prawa do samostanowienia;
 - e. ich prywatności i poufności.
- 1.2. Relacja między zawodnikami, ich lekarzem prowadzącym, lekarzem drużyny oraz innymi pracownikami opieki zdrowotnej powinna być chroniona i opierać się na wzajemnym szacunku. Zdrowie i dobro zawodników mają pierwszeństwo przed wyłącznym interesem rywalizacji sportowej oraz innymi względami ekonomicznymi, prawnymi czy politycznymi.

2. Informacje

Zawodnicy powinni być w pełni i w sposób jasny oraz odpowiedni poinformowani o swoim stanie zdrowia i diagnozie; środkach zapobiegawczych; proponowanych interwencjach medycznych wraz z ryzykiem i korzyściami każdej z nich; alternatywach dla proponowanych interwencji, w tym o konsekwencjach zaniechania leczenia dla ich zdrowia oraz powrotu do uprawiania sportu; a także o rokowaniu i przebiegu leczenia oraz działań rehabilitacyjnych.

3. Zgoda

- 3.1. Dobrowolna i świadoma zgoda zawodnika powinna być wymagana przed każdą interwencją medyczną.
- 3.2. Należy zachować szczególną ostrożność, aby unikać nacisków ze strony otoczenia (np. trenera, menedżera, rodziny itp.) oraz innych zawodników, tak aby sportowiec mógł podejmować w pełni świadome decyzje, uwzględniając ryzyko związane z uprawianiem sportu mimo zdiagnozowanego urazu lub choroby.
- 3.3. Zawodnicy mogą odmówić lub przerwać interwencję medyczną. Konsekwencje takiej decyzji powinny zostać im dokładnie wyjaśnione.
- 3.4. Zaleca się, aby zawodnicy wyznaczyli osobę, która mogłaby działać w ich imieniu w przypadku niezdolności do podejmowania decyzji. Mogą również określić na piśmie, w jaki sposób chcieliby być leczeni, oraz przekazać inne instrukcje, które uznają za istotne.
- 3.5. Z wyjątkiem sytuacji nagłych, gdy zawodnik nie jest w stanie wyrazić zgody na interwencję medyczną, wymagana jest zgoda jego prawnego przedstawiciela lub osoby wcześniej przez zawodnika wyznaczonej do tego celu, po uprzednim przekazaniu niezbędnych informacji.
W sytuacji, gdy zgody udziela przedstawiciel prawny, zawodnicy – zarówno niepełnoletni, jak i pełnoletni – powinni, w miarę swoich możliwości, wyrazić zgodę na interwencję medyczną.
- 3.6. Zgoda zawodnika jest wymagana do pobierania, przechowywania, analizy i wykorzystywania jakichkolwiek próbek biologicznych.

4. Poufność i prywatność

- 4.1. Wszystkie informacje dotyczące stanu zdrowia zawodnika, diagnozy, rokowania, leczenia, działań rehabilitacyjnych oraz wszelkie inne dane osobowe powinny być zachowane w poufności — nawet po śmierci zawodnika — i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
- 4.2. Poufne informacje mogą być ujawnione wyłącznie za wyraźną zgodą zawodnika lub jeśli przepisy prawa wyraźnie tego wymagają. Zgoda może być domniemana w zakresie niezbędnym do leczenia zawodnika, gdy informacje są przekazywane innym pracownikom opieki zdrowotnej bezpośrednio zaangażowanym w opiekę nad nim.
- 4.3. Wszystkie możliwe do zidentyfikowania dane medyczne zawodników powinny być chronione. Ochrona tych danych powinna odpowiadać sposobowi ich przechowywania. Podobnie, próbki biologiczne, z których można uzyskać dane identyfikujące, powinny być chronione przed niewłaściwym ujawnieniem.
- 4.4. Zawodnicy powinni mieć prawo dostępu do pełnej dokumentacji medycznej oraz otrzymania jej kopii. Prawo to nie powinno obejmować danych dotyczących lub pochodzących od osób trzecich.
- 4.5. Zawodnicy powinni mieć prawo żądania sprostowania wszelkich błędnych danych medycznych znajdujących się w ich dokumentacji.
- 4.6. Wkroczenie w prywatność zawodnika jest dopuszczalne jedynie wtedy, gdy jest to konieczne do postawienia diagnozy, leczenia i opieki — za zgodą zawodnika — lub gdy jest to wymagane przepisami

prawa. Takie wkroczenie jest również dopuszczalne na mocy przepisów Światowego Kodeksu Antydopingowego.

- 4.7. Każda interwencja medyczna powinna odbywać się z poszanowaniem prywatności zawodnika i w obecności wyłącznie osób niezbędnych do jej przeprowadzenia, chyba że zawodnik wyrazi wyraźną zgodę lub zażąda inaczej.

5. Opieka i leczenie

- 5.1. Zawodnicy powinni otrzymywać opiekę zdrowotną odpowiednią do ich potrzeb, obejmującą opiekę profilaktyczną, działania na rzecz promocji zdrowia oraz środki rehabilitacyjne. Usługi te powinny być dostępne w sposób ciągły i równy dla wszystkich, bez dyskryminacji, zgodnie z dostępnymi zasobami finansowymi, ludzkimi i materialnymi przeznaczonymi na ten cel.
- 5.2. Zawodnicy powinni mieć zapewnioną opiekę zdrowotną charakteryzującą się zarówno wysokimi standardami technicznymi, jak i profesjonalną oraz pełną szacunku postawą pracowników opieki zdrowotnej. Obejmuje to ciągłość opieki, w tym współpracę pomiędzy wszystkimi pracownikami służby zdrowia i placówkami zaangażowanymi w diagnozowanie, leczenie i opiekę.
- 5.3. Podczas treningów i zawodów za granicą zawodnicy powinni otrzymać niezbędną opiekę zdrowotną, która – jeśli to możliwe – powinna być świadczona przez ich lekarza prowadzącego lub lekarza drużyny. Powinni także otrzymać odpowiednią pomoc w nagłych przypadkach przed powrotem do kraju.
- 5.4. Zawodnicy powinni mieć możliwość wyboru i zmiany własnego lekarza, świadczeniodawcy lub placówki medycznej, pod warunkiem że jest to zgodne z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej. Powinni mieć również prawo do zasięgnięcia drugiej opinii lekarskiej.
- 5.5. Zawodnicy powinni być traktowani z godnością w odniesieniu do diagnozy, leczenia, opieki i rehabilitacji – z poszanowaniem ich kultury, tradycji i wartości. Powinni mieć możliwość korzystania ze wsparcia rodziny, bliskich i przyjaciół w trakcie leczenia oraz otrzymywania wsparcia duchowego i porad.
- 5.6. Zawodnicy powinni mieć zapewnioną ulgę w cierpieniu zgodnie z najnowszą, uznaną wiedzą medyczną. Leczenie o działaniu przeciwbólowym, które pozwala zawodnikowi uprawiać sport pomimo urazu lub choroby, powinno być stosowane jedynie po dokładnym rozważeniu i konsultacji z zawodnikiem oraz innymi pracownikami służby zdrowia. Jeśli istnieje długoterminowe ryzyko dla zdrowia zawodnika, takie leczenie nie powinno być stosowane. Procedury mające wyłącznie na celu maskowanie bólu lub innych objawów ochronnych, aby umożliwić zawodnikowi uprawianie sportu z urazem lub chorobą, nie powinny być stosowane, jeśli bez takich procedur udział zawodnika byłby medycznie niewskazany lub niemożliwy.

6. Świadczenie opieki zdrowotnej

- 6.1. Te same zasady etyczne, które obowiązują w medycynie ogólnej, powinny mieć zastosowanie również w medycynie sportowej. Główne obowiązki lekarzy i innych pracowników służby zdrowia obejmują:
- a. stawianie zdrowia zawodników na pierwszym miejscu;

b. nie wyrządzanie krzywdy.

- 6.2. Pracownicy służby zdrowia opiekujący się zawodnikami powinni posiadać niezbędne wykształcenie, szkolenia i doświadczenie w medycynie sportowej oraz stale aktualizować swoją wiedzę. Powinni rozumieć fizyczne i emocjonalne wymagania stawiane sportowcom podczas treningów i zawodów, a także zaangażowanie i niezbędne możliwości wsparcia nadzwyczajnej wytrzymałości fizycznej i psychicznej wymaganej przez sport.
- 6.3. Opiekunowie zdrowotni zawodników powinni działać zgodnie z najnowszą uznaną wiedzą medyczną i, gdy to możliwe, medycyną opartą na dowodach. Powinni powstrzymać się od wykonywania jakiegokolwiek interwencji, która nie jest medycznie wskazana, nawet na prośbę zawodników, ich otoczenia lub innych pracowników służby zdrowia. Muszą również odmówić wystawienia fałszywego zaświadczenia lekarskiego dotyczącego zdolności zawodnika do udziału w treningu lub zawodach.
- 6.4. Gdy zdrowie zawodników jest zagrożone, pracownicy służby zdrowia powinni stanowczo odradzać im kontynuowanie treningu lub zawodów oraz informować o ryzyku.
W przypadku poważnego zagrożenia zdrowia zawodnika lub ryzyka dla osób trzecich (członków drużyny, przeciwników, rodziny, publiczności itd.) pracownicy służby zdrowia mogą, zgodnie z obowiązującym prawem, poinformować odpowiednie osoby lub władze o niezdolności zawodnika do udziału w treningu lub zawodach, nawet wbrew woli zawodnika.
- 6.5. Pracownicy służby zdrowia powinni przeciwdziałać uprawianiu sportu lub aktywności fizycznej, które są nieodpowiednie do etapu wzrostu, rozwoju, stanu zdrowia i poziomu wytrenowania dzieci. Powinni działać w najlepszym interesie zdrowia dzieci i młodzieży, bez względu na inne interesy czy naciski ze strony otoczenia (np. trenerów, kierownictwa, rodziny) lub innych zawodników.
- 6.6. Pracownicy służby zdrowia powinni ujawniać, gdy działają w imieniu osób trzecich (np. klubu, federacji, organizatora, narodowego komitetu olimpijskiego itd.). Powinni osobiście wyjaśnić zawodnikom powody badania oraz jego wyniki, a także charakter informacji przekazywanych osobom trzecim. Zasadniczo lekarz zawodnika powinien również zostać poinformowany.
- 6.7. Działając w imieniu osób trzecich, pracownicy służby zdrowia powinni ograniczać przekazywane informacje do niezbędnego minimum. Zasadniczo mogą podać jedynie informację o zdolności lub niezdolności zawodnika do udziału w treningu lub zawodach. Za zgodą zawodnika mogą przekazać inne informacje dotyczące uczestnictwa zawodnika w sporcie w sposób zgodny z jego stanem zdrowia.
- 6.8. Na miejscu zawodów odpowiedzialność za decyzję, czy kontuzjowany zawodnik może kontynuować lub wrócić do rywalizacji, spoczywa na lekarzu drużyny lub lekarzu zawodów. Decyzji tej nie należy delegować innym specjalistom lub personelowi. W przypadku braku obecności lekarza odpowiedni specjaliści lub personel powinni ściśle stosować się do jego instrukcji. Priorytetem powinno być zawsze zapewnienie zdrowia i bezpieczeństwa zawodników. Wynik zawodów nigdy nie powinien wpływać na takie decyzje.
- 6.9. W razie potrzeby lekarz drużyny lub lekarz zawodów powinien zapewnić zawodnikom dostęp do specjalistycznej opieki, organizując konsultacje i dalsze leczenie u uznanych specjalistów.

Rozdział 2. OCHRONA I PROMOCJA ZDROWIA ZAWODNIKÓW PODCZAS TRENINGÓW I ZAWODÓW

7. Zasady ogólne

- 7.1. Żadna praktyka powodująca jakąkolwiek formę urazu fizycznego lub szkody psychicznej dla zawodników nie powinna być akceptowana. Członkowie Ruchu Olimpijskiego powinni zapewnić, że warunki bezpieczeństwa, dobrostanu oraz opieki medycznej zawodników sprzyjają ich równowadze fizycznej i psychicznej. Powinni podjąć niezbędne działania, aby to osiągnąć oraz zminimalizować ryzyko kontuzji i chorób. Współudział lekarzy sportowych jest wskazany przy opracowywaniu takich środków.
- 7.2. W każdej dyscyplinie sportowej powinny zostać określone i stosowane minimalne wymagania bezpieczeństwa mające na celu ochronę zdrowia uczestników i publiczności podczas treningów i zawodów. W zależności od sportu i poziomu rywalizacji, należy przyjąć konkretne zasady dotyczące obiektów sportowych, bezpiecznych warunków środowiskowych, dozwolonego i zakazanego sprzętu sportowego oraz programów treningowych i zawodów. Należy uwzględnić i szanować specyficzne potrzeby każdej kategorii zawodników.
- 7.3. Dla dobra wszystkich zainteresowanych, środki mające na celu ochronę zdrowia zawodników oraz minimalizowanie ryzyka urazów fizycznych i szkód psychicznych powinny być upowszechniane.
- 7.4. Środki ochrony i promocji zdrowia zawodników powinny opierać się na najnowszej uznanej wiedzy medycznej.
- 7.5. Badania w dziedzinie medycyny sportowej i nauk o sporcie są zalecane i powinny być prowadzone zgodnie z uznanymi zasadami etyki badań, w szczególności zgodnie z Deklaracją Helsińską przyjętą przez Światowe Stowarzyszenie Medyczne (ostatnia rewizja w Seulu, 2008) oraz obowiązującym prawem. Badania nigdy nie mogą być prowadzone w sposób mogący zaszkodzić zdrowiu zawodnika lub zagrozić jego wynikowi sportowemu. Dobrowolna i świadoma zgoda zawodników na udział w takich badaniach jest niezbędna.
- 7.6. Postępy w medycynie sportowej i naukach o sporcie nie powinny być ukrywane, lecz publikowane i szeroko rozpowszechniane.

8. Sprawność fizyczna do uprawiania sportu

- 8.1. Z wyjątkiem sytuacji, gdy występują objawy lub istotna rodzinna historia medyczna, uprawianie sportu przez wszystkich nie wymaga przeprowadzania testu sprawnościowego. Zalecenie wykonania takiego testu należy do osobistego lekarza zawodnika.
- 8.2. W sporcie wyczynowym zawodnicy mogą być zobowiązani do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego brak widocznych przeciwwskazań. Test sprawności powinien opierać się na najnowszej uznanej wiedzy medycznej i być przeprowadzany przez specjalistę posiadającego odpowiednie kwalifikacje.

- 8.3. Zaleca się przeprowadzenie testu lekarskiego przed rozpoczęciem rywalizacji dla zawodników na wysokim poziomie. Powinien on być wykonywany pod odpowiedzialnością lekarza specjalizującego się w medycynie sportowej.
- 8.4. Każdy test genetyczny mający na celu ocenę szczególnych zdolności do uprawiania sportu stanowi ocenę medyczną i powinien być przeprowadzany pod odpowiedzialnością lekarza posiadającego specjalistyczne wykształcenie.

9. Wsparcie medyczne

- 9.1. W każdej dyscyplinie sportowej powinny zostać ustanowione odpowiednie wytyczne dotyczące niezbędnego wsparcia medycznego, w zależności od charakteru działalności sportowej i poziomu rywalizacji.

Wytyczne te powinny obejmować, lecz nie ograniczać się do następujących kwestii:

- medyczne zabezpieczenie miejsc treningów i zawodów oraz sposób jego organizacji;
- niezbędne zasoby (zaopatrzenie, pomieszczenia, pojazdy itp.);
- procedury na wypadek nagłych zdarzeń;
- system komunikacji między służbami medycznymi, organizatorami i właściwymi organami zdrowotnymi.

- 9.2. W przypadku poważnego incydentu podczas treningu lub zawodów powinny istnieć procedury zapewniające niezbędne wsparcie dla poszkodowanych, w tym ewakuację do odpowiednich służb medycznych, jeśli będzie to konieczne. Zawodnicy, trenerzy oraz osoby związane z działalnością sportową powinni być poinformowani o tych procedurach i otrzymać niezbędne szkolenia umożliwiające ich realizację.
- 9.3. Aby zwiększyć bezpieczeństwo podczas uprawiania sportu, należy ustanowić mechanizm umożliwiający gromadzenie danych dotyczących urazów doznanych podczas treningów lub zawodów. W przypadku danych umożliwiających identyfikację, powinny być one zbierane za zgodą zainteresowanych osób i traktowane jako poufne, zgodnie z uznanymi zasadami etyki badań.

ROZDZIAŁ 3. WDRAŻANIE, ZGODNOŚĆ I NADZÓR

10. Wdrażanie

- 10.1. Kodeks ma na celu kierować wszystkimi członkami Ruchu Olimpijskiego, w szczególności MKOI, Międzynarodowymi Federacjami Sportowymi oraz Narodowymi Komitetami Olimpijskimi (zwanymi dalej Sygnatariuszami). Każdy Sygnatariusz przyjmuje Kodeks zgodnie z własnymi zasadami proceduralnymi.
- 10.2. Kodeks jest najpierw przyjmowany przez MKOI. Nie jest obowiązkowy, lecz pożądane jest, aby wszyscy członkowie Ruchu Olimpijskiego go przyjęli.
- 10.3. Lista wszystkich Sygnatariuszy zostanie upubliczniona przez MKOI.

11. Zgodność

- 11.1. Sygnatariusze wdrażają obowiązujące przepisy Kodeksu poprzez polityki, statut, zasady lub regulacje zgodnie ze swoją kompetencją i w ramach swoich odpowiednich obszarów odpowiedzialności. Zobowiązują się do szerokiego upowszechniania zasad i postanowień Kodeksu, stosując aktywne i odpowiednie środki. W tym celu ściśle współpracują z właściwymi stowarzyszeniami lekarzy i dostawców usług zdrowotnych oraz z kompetentnymi organami.
- 11.2. Sygnatariusze zachęcają lekarzy i innych dostawców usług zdrowotnych opiekujących się sportowcami w swoich obszarach odpowiedzialności do działania zgodnie z tym Kodeksem.
- 11.3. Lekarze i inni dostawcy usług zdrowotnych są zobowiązani do przestrzegania swoich własnych zasad etycznych i zawodowych, oprócz obowiązujących przepisów Kodeksu. W przypadku jakiegokolwiek rozbieżności powinna obowiązywać zasada najbardziej korzystna dla ochrony zdrowia, praw i interesów sportowców.

12. Nadzór

- 12.1. Komisja Medyczna MKOl nadzoruje wdrażanie Kodeksu oraz otrzymuje informacje zwrotne z nim związane. Jest również odpowiedzialna za monitorowanie zmian w dziedzinie etyki i najlepszych praktyk medycznych oraz za proponowanie adaptacji Kodeksu.
- 12.2. Komisja Medyczna MKOl może wydawać zalecenia i wzorce najlepszych praktyk w celu ułatwienia wdrażania Kodeksu.

ROZDZIAŁ 4. ZAKRES, WEJŚCIE W ŻYCIE I ZMIANY

13. Zgodność

- 13.1. Kodeks ma zastosowanie do wszystkich uczestników działalności sportowej nadzorowanej przez każdego Sygnatariusza, zarówno podczas zawodów, jak i poza nimi.
- 13.2. Sygnatariusze mają swobodę zapewnienia swoim sportowcom szerszej ochrony.
- 13.3. Kodeks stosuje się z zastrzeżeniem krajowych i międzynarodowych wymogów etycznych, prawnych i regulacyjnych, które są korzystniejsze dla ochrony zdrowia, praw i interesów sportowców.

14. Wejście w życie

- 14.1. Kodeks wchodzi w życie dla MKOl z dniem 1 października 2009 roku. Obowiązuje on na wszystkich igrzyskach olimpijskich, począwszy od Zimowych Igrzysk Olimpijskich w Vancouver w 2010 roku.
- 14.2. Kodeks może być przyjęty przez innych członków Ruchu Olimpijskiego po tej dacie. Każdy Sygnatariusz określa, kiedy takie przyjęcie zacznie obowiązywać.
- 14.3. Sygnatariusze mogą wycofać akceptację Kodeksu po uprzednim pisemnym powiadomieniu MKOl o zamiarze wycofania się.

15. Zmiany

- 15.1. Zawodnicy, Sygnatariusze oraz inni członkowie Ruchu Olimpijskiego są zaproszeni do uczestnictwa w udoskonalaniu i modyfikowaniu Kodeksu. Mogą zgłaszać propozycje zmian.
- 15.2. Na rekomendację swojej Komisji Medycznej, MKOI inicjuje proponowane zmiany w Kodeksie oraz zapewnia proces konsultacyjny, zarówno w celu przyjmowania i odpowiadania na rekomendacje, jak i ułatwienia przeglądu i opiniowania propozycji zmian przez zawodników, Sygnatariuszy oraz członków Ruchu Olimpijskiego.
- 15.3. Po odpowiednich konsultacjach, zmiany w Kodeksie są zatwierdzane przez Zarząd Wykonawczy MKOI. Jeśli nie postanowiono inaczej, wchodzi one w życie trzy miesiące po zatwierdzeniu.
- 15.4. Każdy Sygnatariusz musi przyjąć zatwierdzone przez Zarząd Wykonawczy MKOI zmiany w ciągu roku od powiadomienia o nich. W przeciwnym razie Sygnatariusz nie może już twierdzić, że przestrzega Kodeksu Medycznego Ruchu Olimpijskiego.

Przyjęte przez Zarząd Wykonawczy MKOI w Lozannie w dniu 16 czerwca 2009 roku.

ROZDZIAŁ II: FUNKCJE I OSOBY MEDYCZNE W KOLARSTWIE

§1 Komisja Medyczna UCI

13.2.01 Komisja Medyczna UCI powoływana jest przez Komitet Zarządzający UCI.

Role i odpowiedzialności Komisji są określone przez Komitet Zarządzający UCI oraz niniejsze przepisy kolarskie.

Komentarz: decyzja Komitetu Zarządzającego UCI z dnia 18-19 czerwca 2009 roku, definiująca zakres obowiązków Komisji Medycznej UCI, jest załączona jako załącznik 1 do tej części 13.

§2 Lekarz UCI

13.2.02 Lekarz UCI to lekarz medycyny wyznaczony przez UCI, który koordynuje pracę Komisji Medycznej UCI oraz pełni funkcję osoby kontaktowej Komisji z UCI.

§3 Delegat Medyczny UCI

13.2.03 Komisja Medyczna mianuje Delegata Medycznego UCI na wybrane Mistrzostwa Świata UCI. Delegat Medyczny UCI podpisuje deklarację poufności w momencie przyjęcia nominacji.

13.2.04 Obowiązki Delegata Medycznego UCI obejmują:

1. W razie potrzeby obserwację i doradztwo w zakresie stosowania przepisów zdrowotnych UCI oraz Kodeksu Medycznego Ruchu Olimpijskiego;
2. Zapoznanie się z formularzem raportu medycznego UCI dostarczonym przez organizatora i kontrolę, czy zaplecze medyczne na Mistrzostwach Świata spełnia wymagania tego formularza i przepisów UCI;
3. Kontrolę zaplecza medycznego wraz z Głównym Lekarzem Komitetu Organizacyjnego (CMO) dzień przed pierwszym oficjalnym treningiem oraz regularne kontrole w trakcie wydarzenia; zgłaszanie wszelkich uchybień organizatorowi i Delegatowi Technicznemu UCI;
4. Odbieranie od Głównego Lekarza na koniec każdego dnia listy zawodników, którzy korzystali z pomocy medycznej lub zostali przetransportowani do placówki medycznej;
5. Odwiedzanie zawodników przetransportowanych do placówek medycznych;
6. Bycie osobą kontaktową dla lekarzy drużyn;
7. Otrzymywanie informacji o zawodnikach zgłoszonych na listę startową, którzy z przyczyn medycznych nie chcą startować;
8. Koordynację badań naukowych prowadzonych na miejscu, inicjowanych przez Komisję Medyczną;

9. Sporządzenie końcowego raportu dla Komisji Medycznej na temat świadczonych usług medycznych podczas Mistrzostw Świata.

13.2.05 Kontrole przeprowadzane przez Oficjalnego Lekarza UCI ograniczają się do sprawdzenia zgodności z przepisami UCI i nie zwalniają organizatora z odpowiedzialności za usługi medyczne. Wszelkie stwierdzone nieprawidłowości są zgłaszane organizatorowi, który podejmuje odpowiednie działania i pozostaje wyłącznie odpowiedzialny za bezpieczeństwo podczas wydarzenia.

§4 Lekarz narodowy

13.2.06 Każda Federacja Narodowa powinna wyznaczyć lekarza jako krajowego lekarza federacji. Jeśli to możliwe, federacja powinna powołać lekarza zaznajomionego z medycyną sportową.

13.2.07 Krajowy lekarz federacji powinien być świadomy wszystkich działań Federacji Narodowej w dziedzinie zdrowia i medycyny oraz je koordynować.

13.2.08 Krajowy lekarz federacji musi posiadać licencję UCI wydaną przez Federację Narodową. Federacja Narodowa powinna zgłosić jego/jej nazwisko do Komisji Medycznej UCI.

13.2.09 Krajowy lekarz federacji powinien nawiązać współpracę i utrzymywać relacje z Komisją Medyczną UCI.

§5 Lekarz sportowy drużyny

13.2.10 Tylko lekarze posiadający licencję lekarza drużyny wydaną przez swoją Federację Narodową mogą być zatrudniani lub wyznaczani przez Federacje Narodowe, zespoły, sponsorów, kluby, stowarzyszenia kolarskie lub inne organizacje kolarskie do świadczenia opieki medycznej swoim zawodnikom.

13.2.11 Opieka medyczna w tym kontekście oznacza nieprzypadkową opiekę medyczną, w tym w następujących obszarach: badania lekarskie zawodników, ocena zdolności do udziału w zawodach, leczenie urazów sportowych i chorób, przepisywanie leków stosowanych podczas aktywności sportowej oraz doradztwo w zakresie żywienia i treningu.

13.2.12 Licencja powinna być wydana przez Federację Narodową kraju zamieszkania lekarza. Federacja Narodowa powinna zgłosić jego/jej nazwisko do Komisji Medycznej UCI.

- 13.2.13** Warunki uzyskania licencji lekarza sportowego powinny zostać określone przez Federację Narodową.
- We wszystkich przypadkach osoba ubiegająca się o licencję powinna posiadać uznany dyplom medyczny, być w dobrej kondycji zawodowej, mieć nieograniczone prawo do wykonywania zawodu lekarza i – najlepiej – posiadać wiedzę z zakresu medycyny sportowej.
- 13.2.14** Wszelkie porozumienia lub praktyki wiążące wynagrodzenie lekarza drużyny z wynikami zawodnika lub zawodników są zabronione.
- 13.2.15** Drużyna musi zapewnić, że wszyscy członkowie personelu oraz osoby zatrudnione do świadczenia jakiejkolwiek pomocy zawodnikom będą konsultować się z lekarzem drużyny we wszystkich sprawach mogących mieć wpływ na zdrowie zawodnika.
- 13.2.16** Niezależnie od swoich zobowiązań wynikających z umowy z drużyną, rola i obowiązki lekarza drużyny powinny obejmować następujące działania i zasady:
1. Kierować się przede wszystkim zapewnieniem jak najlepszej opieki medycznej dla zawodników drużyny na wszystkich poziomach i we wszystkich okolicznościach oraz poświęcać na to niezbędny czas i wysiłek.
 2. Kontynuować szkolenie medyczne w zakresie medycyny sportowej.
 3. Rozwijać i utrzymywać podstawową wiedzę z zakresu zagadnień prawno-medycznych, niepełnosprawności i ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków w pracy.
 4. Rozwijać i utrzymywać dogłębną wiedzę na temat specyfiki dyscyplin kolarskich uprawianych przez zawodników drużyny.
 5. Koordynować badania przesiewowe, wstępne badania lekarskie i oceny stanu zdrowia przed rozpoczęciem rywalizacji.
 6. Zapobiegać urazom i chorobom oraz się nimi zajmować.
 7. Koordynować proces rehabilitacji i powrotu do uprawiania sportu.
 8. Zapewnić odpowiednie przygotowanie do bezpiecznego powrotu do rywalizacji po chorobie lub kontuzji.
 9. Współpracować z innymi pracownikami służby zdrowia, integrując wiedzę medyczną.
 10. Prowadzić odpowiednią edukację i doradztwo dla zawodników w zakresie żywienia, treningu siłowego i kondycyjnego, środków wspomagających, nadużywania środków, substancji i metod zabronionych oraz innych problemów zdrowotnych mogących mieć wpływ na zawodników.
 11. Prowadzić odpowiednią dokumentację medyczną i kartoteki zdrowotne.
 12. Uczestniczyć w badaniach zdrowotnych i innych działaniach mających na celu poprawę opieki medycznej w kolarstwie.

13. Ustalać i definiować role oraz relacje wszystkich stron w drużynie w odniesieniu do kwestii zdrowotnych.
14. Opracować hierarchię decyzyjną w drużynie dotyczącą spraw zdrowotnych.
15. Edukować zawodników, rodziców (w przypadku zawodników niepełnoletnich), menedżerów drużyny, trenerów i inne zaangażowane osoby w sprawach dotyczących zawodników.
16. Planować i prowadzić szkolenia w zakresie postępowania w nagłych przypadkach podczas zawodów i treningów.
17. Zajmować się kwestiami dotyczącymi sprzętu i zaopatrzenia medycznego.
18. Zapewnić odpowiednie zabezpieczenie medyczne podczas zawodów.
19. Ocenić zagrożenia środowiskowe i warunki do jazdy na rowerze.

Obowiązki lekarza drużyny nie zwalniają ani nie wpływają na odpowiedzialność innych osób wynikającą z przepisów UCI.

13.2.17 Każde naruszenie przez lekarza drużyny obowiązków nałożonych w części XIII przepisów UCI może zostać ukarane przez Komisję Dyscyplinarną UCI zawieszeniem od ośmiu dni do jednego roku i/lub grzywną w wysokości od 500 do 5 000 franków szwajcarskich (CHF). W przypadku ponownego naruszenia w ciągu dwóch lat od pierwszego, lekarz drużyny zostanie zawieszony na okres co najmniej sześciu miesięcy lub trwale wykluczony oraz ukarany grzywną w wysokości od 1 000 do 10 000 CHF.

W stosownych przypadkach naruszenie to może być zakwalifikowane jako poważne uchybienie od najlepszych praktyk medycznych.

Ponadto sprawa może zostać przekazana do krajowych organów dyscyplinarnych odpowiedzialnych za nadzór nad lekarzami.

13.2.18 Każde naruszenie artykułu 13.2.010, 13.2.014 lub 13.2.015 może zostać ukarane przez Komisję Dyscyplinarną UCI zawieszeniem danego podmiotu na okres od jednego miesiąca do jednego roku i/lub grzywną w wysokości od 1 000 CHF do 10 000 CHF.

W przypadku drugiego lub kolejnego naruszenia w ciągu pięciu lat od pierwszego, przewinienie zostanie ukarane grzywną w wysokości od 2 000 do 20 000 CHF i/lub zawieszeniem na co najmniej sześć miesięcy lub trwałym wykluczeniem.

13.2.19 Jeśli sprawa dotyczy zawodnika, który w roku popełnienia przewinienia brał udział lub bierze udział w wyścigach z międzynarodowego kalendarza, krajowa federacja ma obowiązek poinformować UCI przed rozpoczęciem postępowania dyscyplinarnego.

UCI może zażądać, aby postępowanie dyscyplinarne odbyło się zgodnie z przepisami antydopingowymi.

Jeśli UCI nie skorzysta z tego prawa w ciągu piętnastu dni od otrzymania informacji od krajowej federacji, federacja ta może przeprowadzić postępowanie dyscyplinarne zgodnie z własnymi regulacjami.

§6 Asystenci medyczni

Definicja

- 13.2.20** Termin „Asystent medyczny” oznacza każdą osobę, która regularnie, na zlecenie lub z bezpośredniej bądź pośredniej inicjatywy Federacji Narodowej, drużyny, sponsora, klubu, stowarzyszenia kolarskiego lub innego podmiotu związanego z kolarstwem, udziela zawodnikowi jakiegokolwiek pomocy paramedycznej lub fizjoterapeutycznej w związku z przygotowaniem do zawodów kolarskich lub udziałem w nich, takiej jak na przykład: podawanie leków — pod nadzorem lekarza drużyny — leczenie urazów czy masaż.

Licencja

- 13.2.21** Z wyjątkiem lekarzy posiadających licencję UCI jako lekarz drużyny, nikt nie może działać jako asystent medyczny bez posiadania licencji asystenta medycznego.
- 13.2.22** Licencja asystenta medycznego jest wydawana przez odpowiednią Federację Narodową.
- 13.2.23** Warunki uzyskania licencji asystenta medycznego ustalają Federacje Narodowe. Warunki te muszą gwarantować, że licencje wydawane są wyłącznie osobom zdolnym do świadczenia wysokiej jakości pomocy, zgodnej z wymogami zdrowotnymi oraz, tam gdzie to ma zastosowanie, z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania zawodów medycznych.

Wskazane jest, aby licencja była przyznawana jedynie osobom posiadającym dyplom i odbywającym stałe szkolenia w zakresie usług świadczonych zawodowo kolarzom, mającym wiedzę na temat schorzeń dotyczących sportowców oraz posiadającym podstawową znajomość pierwszej pomocy na imprezach sportowych.

Zasady postępowania

- 13.2.24** Asystent medyczny powinien zapewnić najlepszą opiekę zawodnikom zespołu na wszystkich poziomach i we wszystkich okolicznościach oraz poświęcić temu odpowiedni czas i wysiłek.

- 13.2.25** Asystent medyczny powinien rozwijać i utrzymywać dogłębną wiedzę na temat specyfiki dyscyplin kolarskich zawodników zespołu oraz kontynuować szkolenia w swoich obszarach działania.
- 13.2.26** Asystent medyczny powinien szanować i zapewniać przestrzeganie wymogów zdrowotnych zawodnika, etyki sportowej oraz przepisów UCI i Federacji Narodowych. Asystent medyczny podlega tajemnicy zawodowej i lekarskiej.
- 13.2.27** Zachowanie asystenta medycznego powinno stanowić wzór dla zawodników.
- 13.2.28** Asystent medyczny zdrowie zawodnika powinien stawiać ponad interesy zespołu, klubu, sponsora czy reprezentacji narodowej. Ma prawo sprzeciwić się dopuszczeniu do treningu lub udziałowi w wyścigach, gdy zdrowie lub bezpieczeństwo zawodnika są zagrożone. Powinien aktywnie działać na rzecz zapobiegania urazom i edukacji zawodników.
- 13.2.29** Asystent medyczny powinien unikać i zwalczać sytuacje zagrażające integralności fizycznej i psychicznemu dobrostanowi zawodnika.
- 13.2.30** Asystent medyczny powinien działać wyłącznie w zakresie swoich kompetencji i bazując na własnym doświadczeniu, aby zagwarantować jakość i bezpieczeństwo świadczonych usług.
- 13.2.31** Opieka medyczna świadczona przez asystenta medycznego powinna być dostosowana do realnych potrzeb zawodnika i najlepszych praktyk zawodowych. Asystent medyczny nie powinien stosować leczenia eksperymentalnego.
- 13.2.32** Asystent medyczny powinien powstrzymać się od wszelkich działań, do których nie ma uprawnień w swoim kraju lub w kraju, w którym pracuje.
- 13.2.33** Asystent medyczny ma obowiązek stosować się do zaleceń lekarza przy leczeniu chorego lub kontuzjowanego zawodnika.
- 13.2.34** W szczególności, asystent medyczny powinien powstrzymać się od udziału w działaniach i odmówić stosowania metod zabronionych przez przepisy antydopingowe UCI.
- Podstawowe prawa zawodnika**
- 13.2.35** Asystentowi medycznemu nie wolno podejmować żadnych działań, na które zawodnik nie wyraził zgody.

- 13.2.36** Asystent medyczny powinien informować zawodnika o celu i naturze podejmowanych działań i leczenia oraz o możliwych konsekwencjach i powikłaniach.
- 13.2.27** Zawodnik ma prawo do poznania wszelkich informacji dotyczących jego zdrowia oraz stanu psychicznego lub fizycznego, które są znane asystentowi medycznemu.
- 13.2.28** Asystent paramedyczny musi szanować prywatność zawodnika i zachować dyskrecję dotyczącą udzielanej opieki, chyba że przepisy UCI albo Federacji Narodowej lub prawo nakazują ujawnienie określonej informacji.

Kary

- 13.2.39** Asystent medyczny, za jakiegokolwiek uchybienie lub złamanie postanowień przepisów z niniejszej części XIII lub przepisów UCI, może zostać ukarany przez Komisję Dyscyplinarną UCI zawieszeniem na okres od 8 dni do jednego roku i/lub grzywną w wysokości od 500 CHF do 5 000 CHF. W przypadku ponownego takiego przewinienia popełnione w ciągu dwóch lat od pierwszego, asystent medyczny może zostać zawieszony na okres co najmniej sześciu miesięcy lub dożywotnio pozbawiony prawa do wykonywania swojego zawodu i ukarany grzywną w wysokości od 1000 CHF do 10 000 CHF.

W stosownych przypadkach naruszenie to może być zakwalifikowane jako poważne uchybienie od najlepszych praktyk medycznych.

- 13.2.40** Każda osoba, klub, drużyna, federacja lub inna organizacja korzystająca z usług asystenta medycznego lub nieposiadającej licencji lekarza w celu opieki nad zawodnikiem, zgodnie z definicją w artykule 13.2.020, zostanie zawieszona na okres od jednego miesiąca do jednego roku i/lub ukarana grzywną w wysokości od 750 CHF do 10 000 CHF. W przypadku ponownego wykroczenia w ciągu dwóch lat, wysokość kary to co najmniej sześciomiesięczne zawieszenie lub trwałe wykluczenie oraz grzywna w wysokości od 1 500 CHF do 20 000 CHF.
- 13.2.41** Te same kary, o których mowa w artykule 13.2.40, zostaną nałożone na wszystkich posiadaczy licencji sprawujących opiekę nad zawodnikami, zgodnie z definicją w artykule 13.2.20, którzy nie są asystentami medycznymi lub nie posiadają dyplomu lekarza, albo którzy są współwinni jakiegokolwiek naruszenia popełnionego przez asystenta medycznego, w szczególności poprzez nakłanianie lub zmuszanie asystenta medycznego do działań sprzecznych z niniejszymi zasadami.
- 13.2.42** Jeżeli dane zdarzenie dotyczy zawodnika, który w roku popełnienia naruszenia uczestniczył lub uczestniczył w wyścigach z międzynarodowego kalendarza, Krajowa Federacja ma obowiązek poinformować UCI przed podjęciem jakichkolwiek działań dyscyplinarnych. UCI

ma wówczas prawo, w ciągu piętnastu dni od otrzymania zawiadomienia od Krajowej Federacji, zażądać, aby postępowanie dyscyplinarne zostało przeprowadzone zgodnie z przepisami antydopingowymi. Jeżeli UCI nie skorzysta z tego prawa, postępowanie prowadzone będzie zgodnie z regulaminem Krajowej Federacji.

ROZDZIAŁ III: OCHRONA I PROMOCJA ZDROWIA ZAWODNIKÓW

§1 Zasady ogólne

13.3.01 Każdy zawodnik ma obowiązek dbać o swoją kondycję fizyczną oraz zwracać uwagę na zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa.

13.3.02 Każda drużyna biorąca udział w zawodach kolarskich ma obowiązek nieprzerwanie i systematycznie upewniać się, że jej członkowie znajdują się w odpowiedniej kondycji fizycznej do uprawiania kolarstwa.

Do obowiązków tych należy również upewnienie się, że członkowie drużyny trenują i startują w bezpiecznych warunkach. W szczególności należy dopilnować, by zawodnik był w dobrym stanie zdrowia przed powrotem do rywalizacji po przerwie.

13.3.03 Podczas zawodów kolarskich to lekarz drużyny lub lekarz wyścigu – jeśli taki jest – ponosi odpowiedzialność za decyzję, czy kontuzjowany zawodnik może kontynuować lub powrócić do rywalizacji. Decyzja ta nie może być delegowana innym specjalistom czy personelowi pomocniczemu.

Priorytetem musi być zawsze ochrona zdrowia i bezpieczeństwa zawodnika. Potencjalny wynik zawodów nigdy nie powinien mieć wpływu na taką decyzję.

Jeśli lekarz drużyny i lekarz wyścigu mają odmienne zdanie co do kontynuowania lub powrotu zawodnika do rywalizacji, zawodnik nie może kontynuować ani powrócić do zawodów.

13.3.04 Federacje Narodowe mają swobodę działania w zakresie ochrony zdrowia i monitoringu medycznego swoich licencjonowanych zawodników, jako uzupełnienie nadzoru medycznego zapewnianego przez przepisy UCI.

Dla sportowców na wysokim poziomie zalecane jest przeprowadzenie testu medycznego przed rozpoczęciem sezonu. Powinien on być wykonany pod nadzorem specjalnie przeszkolonego lekarza.

- 13.3.05** Podczas wyścigów znajdujących się w kalendarzu międzynarodowym nie można organizować ani akceptować żadnych innych kontroli niż te przewidziane w przepisach UCI. Obowiązuje to w okresie zawodów, zgodnie z definicją zawartą w Przepisach Antydopingowych UCI.
- 13.3.06** Każda drużyna UCI ProTeam oraz Professional Continental Team ma obowiązek wyznaczyć lekarza drużyny – najlepiej specjalistę medycyny sportowej. Pozostałe zespoły zarejestrowane w UCI powinny dążyć do wyznaczenia lekarza drużyny – najlepiej również specjalisty medycyny sportowej.

§2 Nadzór medyczny nad drużynami UCI World Teams i UCI Pro Teams

Zasady ogólne

- 13.3.07** Ta sekcja odnosi się do drużyn UCI World Team oraz UCI ProTeams.
- 13.3.08** Dla celów określonych w artykule 13.3.002, zespół ma obowiązek opracować i wdrożyć program prewencji i bezpieczeństwa, który obejmuje co najmniej program wymaganych badań oraz środki zapobiegania ryzyku opisane poniżej.
- 13.3.09** Kierownik drużyn jest odpowiedzialny za organizację i realizację tych programów. Lekarz drużyny ponosi odpowiedzialność za ich aspekty medyczne.
- 13.3.10** Drużyna nie może zmuszać ani zezwalać żadnemu zawodnikowi na udział w zawodach kolarskich, jeśli lekarz zespołu uznał go za niezdolnego do startu lub jeśli zespół w jakikolwiek inny sposób dowiedział się, że zawodnik jest niezdolny do udziału.
- 13.3.11** W przypadku gdy lekarz drużyny dowie się o jakichkolwiek okolicznościach, które jego zdaniem czynią zawodnika (nawet tymczasowo) niezdolnym do udziału w zawodach kolarskich, zobowiązany jest ogłosić zawodnika niezdolnym do startu oraz poinformować o tym kierownika zespołu. Czas trwania okresu niezdolności do startu zostanie określony przez lekarza drużyny. Decyzja ta oraz oświadczenie o niezdolności muszą zostać sporządzone na piśmie i dołączone do dokumentacji medycznej zawodnika.
- 13.3.12** Zespół oraz lekarz drużyny mają obowiązek udzielenia zawodnikowi pomocy w uzyskaniu opieki medycznej.
- 13.3.13** W przypadku zawodów trwających trzy dni lub dłużej, obecność lekarza drużyny przez cały czas trwania imprezy jest obowiązkowa.

- 13.3.14** Lekarz drużyny ma obowiązek informować Komisję Medyczną UCI o zaobserwowanych zagrożeniach oraz przekazywać wszelkie informacje lub sugestie, które mogą być użyteczne dla społeczności kolarskiej w zakresie zdrowia, medycyny i profilaktyki.

Testy

- 13.3.15** Zawodnicy muszą przejść badania lekarskie wymienione w „Programie obowiązkowych badań dla monitoringu medycznego UCI” opracowanym przez Komisję Medyczną.

Program ten określa również procedury wdrażania niniejszej sekcji.

Program ten jest obowiązujący dla zainteresowanych stron na równi z niniejszymi przepisami i podlega tym samym sankcjom.

Program oraz jego zmiany wchodzi w życie z chwilą powiadomienia drużyn.

- 13.3.16** Program obowiązkowych badań musi obejmować badanie lekarskie w momencie, gdy zawodnik po raz pierwszy dołącza do zespołu. Następnie badania przeprowadza się co dwa lata, co roku oraz co kwartał, zgodnie z tabelą zawartą w programie.

- 13.3.17** Każde badanie musi zawierać badanie fizykalne przeprowadzone przez lekarza, najlepiej posiadającego doświadczenie w medycynie sportowej, oraz określone w programie badania specjalistyczne.

- 13.3.18** Badania powinny być przeprowadzane w taki sposób, aby ich wyniki były znane i mogły stanowić podstawę do oceny zdolności zawodnika do treningu lub udziału w zawodach przed końcem okresu, w którym muszą być wykonane.

- 13.3.19** Obowiązkowe badania przeprowadzane są na koszt zespołów.

Karta zdrowia

- 13.3.20** Lekarz drużyny prowadzi kartę zdrowia każdego zawodnika.

- 13.3.21** Karta zdrowia medyczna zawiera wszystkie wyniki badań przeprowadzonych u zawodnika zgodnie z niniejszymi przepisami oraz inne istotne informacje dotyczące zdrowia zawodnika, dodane za jego zgodą.

- 13.3.22** Karta zdrowia jest własnością zawodnika, ale musi być przechowywana przez lekarza drużyny.

- 13.3.23** Z zastrzeżeniem prawa do kontroli Komisji Medycznej UCI zgodnie z artykułem 13.3.28, dostęp do kart zdrowia mają wyłącznie zawodnik oraz lekarz drużyny.

13.3.24 Lekarz drużyny, a w razie potrzeby także Komisja Medyczna UCI, traktują wyniki badań jako poufne, z zastrzeżeniem obowiązku lekarza drużyny do orzekania o niezdolności zawodnika do treningu lub udziału w zawodach, jeśli zajdzie taka potrzeba.

13.3.25 Karta zdrowia jest przekazywana zawodnikowi, gdy opuszcza on zespół. Zawodnik przekazuje ją lekarzowi drużyny, do którego dołącza.

13.3.26 Dokumenty starsze niż dziesięć lat powinny zostać usunięte z dokumentacji medycznej.

Kontrole

13.3.27 Po każdym badaniu lekarz drużyny składa Komisji Medycznej UCI deklarację zgodnie ze wzorem opracowanym przez Komisję Medyczną UCI, zawierającą informacje o przeprowadzonych badaniach każdego zawodnika. Deklaracja ta musi zostać dostarczona Komisji Medycznej UCI do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym badanie miało się odbyć.

13.3.28 Na żądanie Komisji Medycznej UCI oraz w terminie i zgodnie z procedurami przez nią określonymi, lekarz drużyny przedkłada Komisji dowody przeprowadzenia obowiązkowych badań zgodnie z niniejszymi przepisami oraz udziela wymaganych wyjaśnień i informacji.

13.3.29 Komisja Medyczna UCI zapewnia, że dostęp do informacji medycznych zawodników będą miały wyłącznie lekarze będący członkami Komisji Medycznej UCI oraz lekarze UCI.

Kary

13.3.30 Kary, które może nałożyć Komisja Dyscyplinarna UCI w przypadku naruszeń przepisów określonych w niniejszej sekcji:

- dla drużyny: zawieszenie od ośmiu dni do sześciu miesięcy i/lub grzywna od 1 000 CHF do 10 000 CHF; w przypadku naruszenia artykułu 13.3.27 zespół zostanie ukarany grzywną w wysokości 500 CHF za każdego zawodnika za każdy tydzień zwłoki;
- dla zawodnika: zawieszenie od ośmiu dni do trzech miesięcy i/lub grzywna od 100 CHF do 1 000 CHF;
- dla lekarza drużyny: zgodnie z artykułem 13.2.17;
- dla kierownika zespołu: zawieszenie od ośmiu dni do dziesięciu lat i/lub grzywna od 500 CHF do 10 000 CHF. W przypadku naruszenia popełnionego w ciągu dwóch lat od pierwszego naruszenia, minimalne zawieszenie na sześć miesięcy lub wykluczenie dożywotnie oraz grzywna od 1 000 CHF do 10 000 CHF.

§3 Nadzór medyczny nad kolarstwem kobiet, dyscyplinami MTB, BMX i torowymi

13.3.31 Niniejsza sekcja ma zastosowanie do następujących dyscyplin: kolarstwo szosowe kobiet, kolarstwo górskie (cross-country), torowe oraz BMX.

Zawodnicy, którzy muszą podlegać programowi monitorowania medycznego, to:

- kobiece drużyny UCI:
- kolarstwo górskie (cross-country): pierwszych 100 mężczyzn i pierwszych 40 kobiet w indywidualnych rankingach UCI w formacie olimpijskim na dzień 31 grudnia roku poprzedniego,
- kolarstwo torowe: pierwszych 100 mężczyzn i pierwszych 40 kobiet w indywidualnych rankingach UCI na dzień 31 grudnia roku poprzedniego,
- BMX: pierwszych 50 mężczyzn i pierwszych 20 kobiet w indywidualnych rankingach UCI na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

Zasady ogólne

13.3.32 Federacja Narodowa zawodnika powinna ustanowić i wdrożyć program profilaktyki i bezpieczeństwa, który obejmuje co najmniej wymagany program badań opisany poniżej.

13.3.33 Federacja Narodowa odpowiada za organizację i wdrożenie tych programów. W przypadku, gdy drużyna nie posiada lekarza drużyny, odpowiedzialnym za kwestie medyczne będzie lekarz narodowy lub lekarz wyznaczony przez Federację Narodową (lekarz odpowiedzialny). Lekarz taki musi posiadać licencję lekarza drużyny.

13.3.34 Federacja Narodowa lub drużyna zawodnika nie może zobowiązać ani dopuścić zawodnika do udziału w zawodach kolarskich, jeśli został on oceniony jako niezdolny do startu przez lekarza konsultanta lub jeśli w inny sposób stwierdzono jego niezdolność.

13.3.35 W przypadku, gdy lekarz odpowiedzialny dowie się o faktach, które według jego oceny czynią zawodnika (nawet tymczasowo) niezdolnym do udziału w zawodach kolarskich, powinien uznać zawodnika za niezdolnego i poinformować drużynę lub klub zawodnika. Okres, na jaki zawodnik zostaje uznany za niezdolnego, ustala lekarz odpowiedzialny. Decyzja oraz oświadczenie o niezdolności muszą być sporządzone na piśmie i dołączone do akt medycznych zawodnika.

13.3.36 Federacja Narodowa oraz lekarz odpowiedzialny powinni pomóc zawodnikowi w uzyskaniu pomocy medycznej.

Testy

13.3.37 Zawodnicy, o których mowa w artykule 13.3.31, muszą poddać się badaniom medycznym wymienionym w „Programie obowiązkowych badań dla monitoringu medycznego UCI” dla kolarstwa szosowego kobiet, kolarstwa górskiego (cross-country), torowego i BMX, opracowanym przez Komisję Medyczną UCI.

Program ten określa również procedury wdrażania niniejszej sekcji.

Program jest obowiązkowy dla zainteresowanych stron na takich samych zasadach jak niniejsze przepisy i podlega sankcjom w nich określonym.

Program oraz jego zmiany wchodzi w życie z chwilą ich przekazania Federacji Narodowej.

13.3.38 Program obowiązkowych badań musi obejmować badanie kontrolne przy składaniu wniosku o licencję. Następnie badania przeprowadza się zgodnie z harmonogramem zawartym w programie.

13.3.39 W ramach monitoringu medycznego każde badanie powinno obejmować badanie fizykalne przeprowadzone przez lekarza drużyny, najlepiej z doświadczeniem w medycynie sportowej, oraz określone w programie badania specjalistyczne.

13.3.40 Badania powinny być przeprowadzane w taki sposób, aby ich wyniki były znane i stanowiły podstawę do oceny zdolności zawodnika do treningu lub udziału w zawodach przed upływem terminu ich wykonania.

13.3.41 Obowiązkowe badania przeprowadzane są na koszt drużyny (w przypadku zawodników drużyn zarejestrowanych) lub Federacji Narodowej.

Karta zdrowia

13.3.42 Lekarz odpowiedzialny prowadzi kartę zdrowia dla każdego zawodnika.

13.3.43 Karta zdrowia zawiera wszystkie wyniki badań przeprowadzonych u zawodnika zgodnie z postanowieniami niniejszych przepisów oraz wszelkie inne przydatne informacje dotyczące zdrowia zawodnika, dodane za jego zgodą.

13.3.44 Karta zdrowia jest własnością zawodnika, lecz musi być przechowywana przez lekarza odpowiedzialnego.

13.3.45 Z zastrzeżeniem prawa do kontroli Komisji Medycznej UCI zgodnie z artykułem 13.3.49, dostęp do karty zdrowia mają wyłącznie zawodnik oraz lekarz odpowiedzialny.

13.3.46 Lekarz odpowiedzialny, a w razie potrzeby Komisja Medyczna UCI, traktują wyniki badań jako poufne, z wyjątkiem obowiązku lekarza odpowiedzialnego do stwierdzenia, że zawodnik jest niezdolny do startu, jeśli zajdzie taka potrzeba.

13.3.47 Karta zdrowia zostaje przekazana zawodnikowi w momencie, gdy przestaje być posiadaczem licencji Federacji Narodowej.

13.3.48 Dokumenty starsze niż dziesięć lat powinny zostać usunięte z dokumentacji medycznej.

Kontrole

13.3.49 Na żądanie Komisji Medycznej UCI oraz w wyznaczonym terminie i zgodnie z procedurami ustalonymi przez Komisję, lekarz odpowiedzialny przekazuje Komisji wyniki badań oraz udziela wymaganych wyjaśnień i informacji.

13.3.50 Komisja Medyczna ma obowiązek zadbać, że do informacji medycznych zawodników mają dostęp wyłącznie członkowie Komisji będący lekarzami lub lekarz UCI.

Kary

13.3.51 Następujące kary mogą zostać nałożone przez Komisję Dyscyplinarną UCI w przypadku naruszenia przepisów określonych w niniejszym rozdziale:

- dla drużyny lub Federację Narodową: grzywna od 1 000 CHF do 10 000 CHF, a w przypadku naruszenia artykułu 13.3.37 Federacja Narodowa zostanie ukarana grzywną w wysokości 500 CHF za każdego zawodnika za każdy tydzień zwłoki;
- dla zawodnika: zawieszenie od ośmiu dni do trzech miesięcy i/lub grzywna od 100 CHF do 1 000 CHF;
- dla lekarza odpowiedzialnego: zgodnie z artykułem 13.2.17;
- na kierownika drużyny zawodnika, w zależności od przypadku: zawieszenie od ośmiu dni do dziesięciu lat i/lub grzywna od 500 CHF do 10 000 CHF; w przypadku naruszenia popełnionego w ciągu dwóch lat od pierwszego naruszenia – minimalne zawieszenie na sześć miesięcy lub dożywotnie wykluczenie oraz grzywna od 1 000 do 10 000 CHF.

§4 Zakazy dotyczące robienia zastrzyków

Komentarz: Celem tego paragrafu jest zakaz stosowania zastrzyków do podawania leków lub substancji bez wyraźnego i uznanego wskazania medycznego (np. witaminy, enzymy, kofaktory, cukry, aminokwasy, białka, przeciwutleniacze itp.). W szczególności odnosi się to do zastrzyków mających na celu poprawę i przyspieszenie regeneracji lub zmniejszenie zmęczenia.

- 13.3.52** Podawanie zastrzyków z jakąkolwiek substancją w dowolne miejsce ciała zawodnika jest zabronione, chyba że spełnione są wszystkie następujące warunki:
1. Zastrzyk musi być medycznie uzasadniony na podstawie najlepszych praktyk. Uzasadnienie obejmuje badanie fizykalne przeprowadzone przez certyfikowanego lekarza oraz odpowiednio udokumentowaną diagnozę, lek i drogę podania;
 2. Nie jest dostępne alternatywne leczenie bez konieczności podania zastrzyku;
 3. Zastrzyk musi być zgodny z zatwierdzonym przez producenta wskazaniem do stosowania leku;
 4. Zastrzyk musi być podany przez certyfikowanego pracownika medycznego, z wyjątkiem sytuacji, gdy normalną praktyką jest samodzielne podawanie sobie zastrzyków przez pacjenta z chorobą wymagającą podawania zastrzyków (np. cukrzyca);
 5. Zastrzyk musi być niezwłocznie zgłoszony na piśmie, nie później niż 24 godziny po podaniu, lekarzowi UCI (na adres e-mail: medical@uci.ch), z wyjątkiem zawodników:
 - a. którzy uzyskali Wyjątkowe Pozwolenie na Użycie Terapeutyczne (TUE - Therapeutic Use Exemption);
 - b. poddawanych szczepieniom;
 - c. gdy zastrzyk został podany podczas leczenia szpitalnego lub badania klinicznego;
 - d. gdy normalną praktyką jest samodzielne podawanie zastrzyków przez pacjenta z chorobą wymagającą podania zastrzyków.

Zgłoszenie musi zostać dokonane przez lekarza, który badał zawodnika, i musi zawierać potwierdzenie wykonania badania fizykalnego, diagnozę, lek oraz drogę podania. W stosownych przypadkach powinno również zawierać receptę, o której mowa w artykule 13.1.65.

Komentarz do punktu 5: raport może być wysłany przez lekarza lub przez zawodnika. Zawodnik ponosi odpowiedzialność za to, aby raport został przesłany.

- 13.3.53** Zakaz określony w artykule 13.3.52 dotyczy wszelkich substancji podawanych w formie zastrzyku, zarówno endogennych, jak i egzogennych, niezależnie od tego, czy są one zabronione zgodnie z Przepisami Antydopingowymi UCI, czy nie.
- 13.3.54** Zakaz określony w artykule 13.3.52 obejmuje wszelkie rodzaje zastrzyków: dożylny, domięśniowy, dostawowy, okołostawowy, okołścięgowy, zewnątrzoponowy, śródskórny, podskórny itp.
- 13.3.55** W przypadku miejscowego podania glikokortykosteroidów, które podlega Przepisom Antydopingowym UCI oraz Liście Substancji Zabronionych, zawodnik musi odpoczywać i jest wykluczony z udziału w zawodach przez 8 dni.

Lekarz, który przepisał zastrzyk, zobowiązany jest do pisemnego zalecenia odpoczynku zawodnikowi oraz dołączenia do dokumentacji, o której mowa w artykule 13.3.52.1, kopii takiego zalecenia podpisanego przez siebie i zawodnika.

Lekarz, który przepisał zastrzyk lub lekarz drużyny, będzie kontrolować poziom kortyzolu we krwi tuż przed potencjalnym powrotem do rywalizacji. Badanie kortyzolu powinno być wykonane najlepiej metodą spektrometrii masowej.

Wyniki tego badania oraz decyzja o zdolności do powrotu do rywalizacji zostaną przekazane przez lekarza drużyny do dyrektora medycznego UCI na warunkach określonych w artykule 13.3.52.5.

13.3.56 W przypadku podania zastrzyku z zabronioną substancją, oprócz wymagań określonych w artykułach 13.3.52 i 13.3.55, wymagane jest Wyjątkowe Pozwolenie na Użycie Terapeutyczne (TUE - Therapeutic Use Exemption) oraz musi być przestrzegana procedura przewidziana w artykule 4 Przepisów Antydopingowych UCI.

13.3.57 W przypadku naruszenia artykułu 13.3.52 Komisja Dyscyplinarna UCI może nałożyć następujące kary: zawieszenie od ośmiu dni do sześciu miesięcy i/lub grzywnę od 1 000 CHF do 100 000 CHF; w przypadku powtórnego przewinienia w ciągu dwóch lat od pierwszego: zawieszenie co najmniej na sześć miesięcy lub dożywotnie wykluczenie oraz grzywnę w wysokości od 10 000 CHF do 200 000 CHF.

Kary te stosuje się wobec każdego posiadacza licencji, który dopuścił się naruszenia lub był jego współwinny; zastrzega się zastosowanie artykułu 1.1.86.

13.3.58 Oprócz sankcji określonych w artykule 13.3.57, stosuje się również następujące środki:

1. W przypadku naruszenia artykułu 13.3.55 wszystkie wyniki uzyskane przez zawodnika w ciągu 48 godzin zostają anulowane.
2. W przypadku naruszenia artykułu 13.3.052 podczas wyścigu, osoby posiadające licencję, których dotyczy naruszenie, a w razie potrzeby również cała drużyna danego zawodnika, mogą zostać wykluczeni z wyścigu. W tym zakresie posiadanie przedmiotów służących do wykonania zastrzyku lub nadających się do tego celu uznaje się za dowód naruszenia artykułu 13.3.52, chyba że przedmioty te znajdują się w posiadaniu lekarza, który sporządził raport, o którym mowa w artykule 13.3.052.5, i są objęte tym raportem, lub są to przedmioty, które mogą być racjonalnie uznane za należące do lekarza.

Decyzję o wykluczeniu może podjąć przewodniczący Panelu Komisarzy po uprzednim wysłuchaniu zainteresowanych osób albo przewodniczący Komisji Dyscyplinarnej UCI na podstawie raportu przewodniczącego Panelu Komisarzy.

13.3.59 Podczas wyścigów etapowych mogą zostać przeprowadzone przyspieszone postępowania dyscyplinarne, zgodnie z decyzją przewodniczącego Komisji Dyscyplinarnej UCI.

13.3.60 Utylizacja jakichkolwiek materiałów użytych do wykonania zastrzyku musi być zgodna z uznanymi normami bezpieczeństwa.

§5 Diagnostyka i powrót do rywalizacji po wstrząsie mózgu

13.3.61 Wszyscy lekarze i asystenci medyczni, którzy są członkami drużyny lub są zaangażowani w opiekę medyczną podczas zawodów kolarskich, muszą znać treść i stosować się do postanowień „Protokołu postępowania w przypadku wstrząśnienia mózgu związanego ze sportem kolarskim” oraz „Narzędzia do oceny wstrząśnienia mózgu w sporcie” (SCAT5), dostępnych na stronie internetowej UCI.

13.3.62 Zgodnie z treścią „Protokołu postępowania w przypadku wstrząśnienia mózgu związanego ze sportem kolarskim”:

- ocena kliniczna powinna odbywać się zgodnie z procedurami opisanymi w „Narzędziu do oceny wstrząśnienia mózgu w sporcie” (SCAT5), we wszystkich przypadkach, w których lekarze mają wystarczająco dużo czasu na przeprowadzenie standaryzowanego testu (minimum 10 minut); oraz
- we wszystkich innych przypadkach, a w szczególności w szybkich dyscyplinach kolarskich, konieczna jest standaryzowana wstępna ocena przesiewowa, zgodnie z procedurami opisanymi w Konsensusie w sprawie wstrząśnień mózgu w kolarstwie.

13.3.63 Wszyscy zawodnicy oraz osoby niezajmujące się opieką medyczną w drużynach muszą być zaznajomieni z „Kieszonkowym przewodnikiem” który przedstawia główne objawy podejrzenia wstrząśnienia mózgu. Przewodnik ten jest dostępny na stronie internetowej UCI.

Jeśli osoba niezajmująca się opieką medyczną zauważy objawy sugerujące wstrząśnienie mózgu, ma obowiązek skierować zawodnika do lekarza. Lekarz musi przeprowadzić ocenę kliniczną zgodnie z konsensusem „Protokołem postępowania w przypadku wstrząśnienia mózgu związanego ze sportem kolarskim”.

Jeśli lekarz, po dokonaniu oceny klinicznej, potwierdzi podejrzenie wstrząśnienia mózgu, musi natychmiast wycofać zawodnika z zawodów lub treningu. Następnie zawodnik musi zostać niezwłocznie poddany odpowiednim, dodatkowym badaniom medycznym.

Aby zwiększyć czułość testów wykonywanych podczas badania w trybie nagłym przy w trakcie zawodów szosowych lub torowych – zwłaszcza gdy nie ma możliwości przerwania wyścigu – UCI zaleca wykonanie podstawowej oceny z wykorzystaniem „Narzędzia do oceny wstrząśnienia mózgu w sporcie” (SCAT5)

- ocena równowagi w pozycji stóp razem, z głową odchyloną do tyłu,
- natychmiastowe przypomnienie 10 słów,
- powtarzanie cyfr wspak

13.3.64 Każde medycznie potwierdzone wstrząśnienie mózgu musi zostać oficjalnie zgłoszone do dyrektora medycznego UCI w ciągu 24 godzin (drogą mailową na adres medical@uci.ch) z wykorzystaniem formularza zgłoszeniowego (dokument dostępny na stronie internetowej UCI).

13.3.65 W przypadku zawodników dorosłych okres rekonwalescencji (zakaz udziału w zawodach i treningach) po potwierdzonym wstrząśnieniu mózgu powinien wynosić co najmniej 7 dni. Powrót do rywalizacji przed upływem tego okresu nie może być brany pod uwagę. W przypadku zawodników kategorii junior okres rekonwalescencji wynosi minimum 2 tygodnie.

§6 Zakaz inhalacji tlenkiem węgla poza placówkami medycznymi

13.3.66 Wprowadzenie

Tlenek węgla (CO) to trujący, bezbarwny i bezwonny gaz, który wiąże się z hemoglobina z bardzo wysokim powinowactwem, około 200-krotnie wyższym niż tlen. Normalne stężenia karboksyhemoglobiny u osób niepalących nie przekraczają 2%. Podczas wdychania CO, większość gazu w ciągu pierwszych sekund dyfunduje z pęcherzyków płucnych do krwi tętniczej, wiąże się z hemoglobina, zmniejsza zdolność krwi do przenoszenia tlenu i wywołuje niedotlenienie.

Mimo że tlenek węgla jest kojarzony z toksycznymi efektami, jest powszechnie stosowany w medycynie sportowej do pomiaru całkowitej masy hemoglobiny i objętości krwi, szczególnie w celu badania wpływu treningu wytrzymałościowego i ekspozycji na wysokość na zdolność przenoszenia tlenu.

Jednakże, CO jest gazem toksycznym w wysokich dawkach. Ponadto, jego wielokrotne wdychanie może prowadzić do poważnych ostrych i przewlekłych problemów zdrowotnych. Objawy toksyczności CO po ostrej ekspozycji obejmują ból głowy, letarg, nudności, zawroty głowy i dezorientację. Dodatkowo, biorąc pod uwagę dużą zmienność międzyosobniczą w reakcjach na CO, istnieje ryzyko wystąpienia klinicznych objawów nietolerancji.

W świetle powyższego, w celu ochrony zdrowia i integralności fizycznej sportowców, inhalacje CO są zabronione, z wyjątkiem placówek medycznych i pod nadzorem wykwalifikowanego pracownika służby zdrowia doświadczonego w obchodzeniu się i stosowaniu tego gazu w celach medycznych.

13.3.067 Zakres zastosowania przepisów

Poniższe przepisy mają zastosowanie do wszystkich posiadaczy licencji i/lub podmiotów podlegających Regulaminowi UCI, zarówno w ramach imprez kolarskich, jak i poza nimi. Niniejsze przepisy stosuje się również autonomicznie i niezależnie od wszelkich innych regulacji.

Przy dokonywaniu oceny stanu faktycznego i prawnego danej sprawy, sądy, panele arbitrażowe oraz inne organy orzekające powinny być świadome i respektować ściśle medyczny cel tej zasady, który polega na ochronie zdrowia sportowców, zgodnie z definicją zawartą w tym artykule.

Zakaz inhalacji CO, określony w tej sekcji, wszedł w życie 10 lutego 2025 roku.

13.3.068 Dopuszczalne użycie inhalacji CO

Pojedyncza inhalacja CO jest dopuszczalna w celu określenia całkowitej masy hemoglobiny i objętości krwi, zgodnie z naukowo i medycznie zatwierdzonym protokołem.¹

Inhalacja CO musi zatem być przeprowadzona w placówce medycznej (serwis medyczny, gabinet lekarski lub miejsce wyposażone w narzędzia i materiały do obsługi wszelkich nagłych wypadków medycznych) oraz pod nadzorem wykwalifikowanego pracownika służby zdrowia doświadczonego w obchodzeniu się i stosowaniu tego gazu w celach medycznych.

Inhalacja CO w celu pomiaru całkowitej masy hemoglobiny powinna być przeprowadzona tylko raz. Druga inhalacja CO, a co za tym idzie, drugi pomiar całkowitej masy hemoglobiny, może być jednak przeprowadzona dwa tygodnie po początkowym pomiarze.

¹ Siebenmann C, Keiser S, Robach P, Lundby C. (2017). CORP: Ocena całkowitej masy hemoglobiny metodą ponownego wdychania tlenu węgla. J. Appl. Physiol. 123 (3);645–654.

W przypadku zawodników drużyn UCI WorldTeams, UCI ProTeams i UCI Women's WorldTeams, każda pojedyncza inhalacja CO w celu określenia całkowitej masy hemoglobiny musi być odnotowana w dokumentacji medycznej prowadzonej dla każdego sportowca, zgodnie z artykułami 13.3.20 do 13.3.26 Przepisów Medycznych UCI.

Wszelkie inne protokoły inhalacji CO są zabronione.

3.3.069 Naruszenia zakazu inhalacji CO

Za naruszenia zakazu inhalacji CO, określonego w tej sekcji, uważa się:

- a) posiadanie, poza placówkami medycznymi, dostępnych w handlu systemów do ponownego wdychania CO podłączonych do butli z tlenem i CO.
- b) użycie takich systemów poza placówkami medycznymi i/lub bez nadzoru wykwalifikowanego pracownika służby zdrowia doświadczonego w obchodzeniu się i stosowaniu tego gazu w celach medycznych.

Na potrzeby tego przepisu, "posiadanie" może być rozumiane jako posiadanie takiego urządzenia przez zespół, zawodnika, członka zespołu, w tym personel medyczny, lub jakąkolwiek inną osobę posiadającą taki sprzęt w imieniu zawodników.

13.3.070 Sankcje

Komisja Dyscyplinarna UCI jest właściwa do nakładania sankcji za wszelkie naruszenia zakazu inhalacji CO.

Każda osoba lub podmiot podlegający przepisom Rozdziału XII Regulaminu UCI, który posiada lub używa, zgodnie z postanowieniami artykułu 13.3.069 niniejszego regulaminu, system do ponownego wdychania CO podłączony do butli z tlenem i CO, lub w imieniu którego taki system jest posiadany lub używany, podlega jednemu lub kilku środkom dyscyplinarnym przewidzianym w artykułach 12.2.002 i następnych.

Udowodnione stosowanie powtarzanych inhalacji CO, i/lub jakiejkolwiek inhalacji niezamierzonej do określenia całkowitej masy hemoglobiny i objętości krwi, będzie uznane za okoliczność obciążającą przy określaniu rodzaju i zakresu środków dyscyplinarnych, zgodnie z artykułem 12.2.003.

ROZDZIAŁ IV: OPIEKA MEDYCZNA W CZASIE ZAWODÓW

§1 Zasady ogólne

- 13.4.01** Zdrowie i bezpieczeństwo wszystkich osób uczestniczących w wydarzeniu kolarskim powinny być priorytetem organizatora tego wydarzenia.
- 13.4.02** Organizator wydarzenia kolarskiego ponosi odpowiedzialność za zorganizowanie i zapewnienie odpowiednich usług medycznych podczas wydarzenia, w celu udzielenia pomocy zawodnikom, obsłudze, członkom drużyn i personelu organizacyjnego, przedstawicielom mediów oraz wszystkim innym akredytowanym osobom, które doznały obrażeń lub zachorowały podczas wydarzenia.
- 13.4.03** Organizator musi zapewnić, aby pomoc medyczna świadczona podczas wydarzenia kolarskiego była na najwyższym możliwym poziomie i maksymalnie efektywna we wszystkich aspektach, mając na uwadze, że jakiegokolwiek opóźnienie, błąd lub brak zdecydowania mogą mieć poważne konsekwencje.
- 13.4.04** Opieka medyczna musi być dostępna natychmiast po wypadku lub pojawieniu się objawów (czas pierwszej interwencji). Głównym celem jest zapewnienie jak najlepszej opieki w celu stabilizacji stanu osoby i, jeśli to konieczne, jak najszybszego przetransportowania jej do odpowiedniego szpitala.
- 13.4.05** Organizator musi wyznaczyć co najmniej jednego lekarza lub więcej, którzy będą świadczyć opiekę medyczną na miejscu oraz zapewnić co najmniej jedną karetkę pogotowia. Ponadto, zakres służb medycznych powinien być dostosowany do wszystkich istotnych czynników, w tym między innymi do:
1. Dyscypliny, wielkości i rangi wydarzenia,
 2. Szacowanej liczby zawodników, personelu wspierającego oraz widzów,
 3. Warunków geograficznych, topograficznych i środowiskowych,
 4. Lokalnych przepisów prawa i obowiązujących praktyk zawodowych.
- 13.4.06** Organizator musi zapewnić, że dostawcy usług medycznych posiadają wymagane licencje zawodowe oraz pozwolenia, włącznie z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów, którymi się posługują.

- 13.4.07** Medyczne służby na miejscu muszą działać nieprzerwanie co najmniej od godziny przed rozpoczęciem każdej rywalizacji lub oficjalnej sesji treningowej do co najmniej godziny po tym, jak ostatni zawodnik zakończy udział.
- 13.4.08** Poza ramami czasowymi określonymi w artykule 13.4.07, należy zorganizować całodobową służbę składającą się przynajmniej z jednego ratownika medycznego, który będzie dostępny w każdej chwili, aby pomóc w znalezieniu odpowiedniej pomocy medycznej i który biegle posługuje się językiem angielskim lub francuskim.
- 13.4.09** Przed rozpoczęciem wydarzenia organizator musi udostępnić drużynom uczestniczącym oraz całemu personelowi medycznemu i organizacyjnemu dokument zawierający plan punktów medycznych na miejscu, imiona i numery telefonów personelu medycznego oraz szpitali, do których należy kierować osoby poszkodowane.
- 13.4.10** Organizator musi także zapewnić osobną służbę medyczną dla publiczności, zgodnie z lokalnym prawem i dostosowaną do przewidywanej liczby widzów.
- 13.4.11** Organizator ponosi odpowiedzialność za służby medyczne wyłącznie na własną odpowiedzialność, bez przenoszenia jej na UCI. Kontrole przeprowadzane przez UCI lub w jego imieniu ograniczają się do sprawdzania zgodności z przepisami UCI i nie zmieniają odpowiedzialności za służby medyczne z organizatora na UCI. Organizator pozostaje wyłącznie odpowiedzialny za bezpieczeństwo podczas swojego wydarzenia.

§2 Mistrzostwa świata UCI, zawody ranci UCI World Cup i UCI World Tour

- 13.4.12** Przepisy zawarte w niniejszym paragrafie §2 mają zastosowanie do Mistrzostw Świata UCI, zawodów Pucharu Świata UCI, UCI World Tour, UCI Women's WorldTour oraz UCI ProSeries.
- 13.4.013** Lokalny Komitet Organizacyjny (LOK) zobowiązany jest zapewnić co najmniej zasoby określone poniżej. Dodatkowe zasoby mogą być wymagane przez prawo lokalne i/lub ze względu na specyfikę wydarzenia.

Zasoby ludzkie

- 13.4.14** Lokalny Komitet Organizacyjny powoła na stanowisko Głównego Lekarza lekarza posiadającego wiedzę z zakresu medycyny sportowej i, jeśli to możliwe, doświadczenie w dyscyplinie objętej wydarzeniem. Główny Lekarz będzie ogólnym koordynatorem służb medycznych podczas wydarzenia.

- 13.4.15** Lokalny Komitet Organizacyjny zapewni również wsparcie dla Głównego Lekarza w postaci:
1. Jednego lekarza asystującego, a w przypadku wyścigów szosowych dwóch lekarzy asystujących, najlepiej przeszkolonych w medycynie sportowej, medycynie ratunkowej lub traumatologii, bądź specjalistów w anestezjologii, posiadających dyplom ATLS (Advanced Traumatic Life Support).
 2. Zespołu medycznego składającego się z jednego lekarza, jednego ratownika medycznego i jednego wolontariusza, zlokalizowanego w każdej jednostce pierwszej pomocy.
 3. Jednego ratownika medycznego posiadającego najwyższe kwalifikacje krajowe w swoim zawodzie w zakresie zaawansowanego podtrzymywania życia (ALS - Advanced Life Support) oraz jednego asystenta ratownika medycznego w każdej karecie.
 4. Kierowcy dla każdej karetki posiadającego najwyższe krajowe kwalifikacje w zakresie transportu medycznego.
 5. Kierowcy dla samochodu lekarza podczas wyścigów szosowych, który będzie miał doświadczenie w prowadzeniu pojazdów podczas wyścigów kolarskich.
- 13.4.16** Personel medyczny powinien być ubrany w rozpoznawalną odzież. Lekarze powinni być ubrani w charakterystyczne kurtki z napisem „Lekarz”.
- 13.4.17** Wszyscy lekarze, a w miarę możliwości również cały pozostały personel medyczny, muszą biegle posługiwać się językiem angielskim lub francuskim.

Wypożyczenie

A. Pojazdy

- 13.4.18** Lokalny Komitet Organizacyjny powinien zapewnić:
1. Podczas wyścigów szosowych samochód, najlepiej kabriolet, dla lekarza, który będzie pełnił rolę pierwszego reagującego w razie wypadku i zapewniał opiekę medyczną.
 2. Trzy lub więcej karetek w celu udzielenia natychmiastowej pomocy ofiarom wypadków, wyposażonych w sprzęt do resuscytacji krążeniowo-oddechowej w nagłych wypadkach oraz zaawansowanego podtrzymywania życia (ALS); przynajmniej jedna karetka musi być dostępna przez cały czas, gdy pozostałe karetki są w użyciu.
 3. W zależności od charakteru wydarzenia, bliskości szpitali i odpowiedniości dróg ewakuacyjnych, należy zapewnić dodatkowo następujące pojazdy:
 - a) Pojazdy zdolne do przewożenia noszy z ranną osobą w rozsądnych warunkach na trudnych trasach.
 - b) Motocykl, zaprojektowany w celu zapewnienia szybkiej pomocy medycznej, gdy dostęp do pacjenta samochodem jest utrudniony (wąskie drogi, tłumy na drodze itp.).

c) Zawsze, gdy transport karetką ma trwać dłużej niż 30 minut, śmigłowiec medyczny powinien być dostępny jak najbliżej miejsca zdarzenia, w celu transportu pacjentów na noszach, aby zminimalizować czas drugiej interwencji, plus lądowisko dla helikopterów w pobliżu miejsca wydarzenia.

d) Dodatkowe środki ratunkowe i transportowe w zależności od potrzeb.

B. Sprzęt medyczny

13.4.19 Lokalny Komitet Organizacyjny dostarczy cały sprzęt medyczny na potrzeby wydarzenia i odda go pod odpowiedzialność Głównego Lekarza. Sprzęt ten musi obejmować co najmniej wyposażenie opisane w Załączniku 2 (*na końcu niniejszego dokumentu*).

C. Komunikacja

13.4.20 Wszystkie pojazdy, punkty i jednostki służby medycznej muszą być połączone profesjonalnym systemem radiowym poprzez specjalny kanał dostępny wyłącznie dla służb medycznych. System radiowy musi być również ustawiony na kanał komisarzy i organizatora.

13.4.21 Cały personel medyczny musi być wyposażony w radiotelefony, a także w telefony komórkowe, które będą używane w przypadku awarii technicznej radiotelefonów.

13.4.22 Cały personel medyczny musi posiadać listę centrów medycyny ratunkowej i szpitali, do których w razie potrzeby można ewakuować poszkodowanych, a także numery telefonów odpowiednich służb ratunkowych.
Przynajmniej Główny Lekarz musi mieć możliwość bezpośredniego kontaktu z kierownictwem tych służb ratunkowych.

Dyspozycyjność na miejscu

A. Wyścigi szosowe

13.4.23 W normalnych warunkach służby medyczne są rozmieszczone w kolumnie wyścigu w następujący sposób:

1. Samochód z Głównym Lekarzem lub lekarzem asystującym i ratownikiem medycznym zajmuje pozycję za przewodniczącym panelu sędziowskiego.
2. Pierwsza karetka pozostaje za samochodami dyrektorów sportowych drużyn, w głównym peletonie; pozostałe karetki pozostają na końcu kolumny wyścigu, przed pojazdem „koniec wyścigu”; jeden z lekarzy asystujących musi znajdować się w jednej z karetek.
3. Jeśli dostępny jest motocykl, powinien on mieć na pokładzie drugiego lekarza asystującego i pozostawać z ewentualnymi ucieczkami na płaskich etapach, ale być dostępny w dowolnym miejscu na trasie podczas etapów górskich.

13.4.24 Tam, gdzie trasa wyścigu ma trudne technicznie odcinki, na których istnieje ryzyko upadków kolarzy, organizator zapewni całemu personelowi medycznemu mapę trasy ze szczegółowym oznaczeniem takich odcinków oraz dostępów dla karetek i dróg ewakuacyjnych.
W pobliżu każdego z tych odcinków zostanie rozmieszczona jednostka pierwszej pomocy, aby zapewnić szybką interwencję w nagłych wypadkach.

13.4.25 Jeśli trasa wyścigu wyznaczona jest na pętli, centralny punkt medyczny zostanie również utworzony na linii startu/mety.

B. Pozostałe dyscypliny

13.4.26 Organizator zapewni centralny punkt medyczny, który może być stałą lub tymczasową strukturą z odpowiednią przestrzenią dla personelu medycznego i sprzętu do leczenia osób chorych lub rannych z poważnymi i drobnymi urazami lub problemami medycznymi.
Centralny punkt medyczny zostanie zlokalizowany na obszarze startu/mety podczas wydarzeń kolarstwa górskiego i przełajowego, przylegający do obiektu dla wydarzeń BMX, trialowych i halowych, oraz na welodromie podczas wydarzeń torowych.
Lokalizacja powinna zapewniać dobry dostęp i możliwości ewakuacji.

13.4.27 Tam, gdzie trasa wyścigu kolarstwa górskiego lub przełajowego ma trudne technicznie odcinki, na których istnieje ryzyko upadków kolarzy, organizator zapewni całemu personelowi medycznemu mapę trasy ze szczegółowym oznaczeniem takich odcinków oraz dostępów dla karetek i dróg ewakuacyjnych.
W pobliżu każdego z tych odcinków zostanie rozmieszczona jednostka pierwszej pomocy, aby zapewnić szybką interwencję w nagłych wypadkach.
Przynajmniej jeden lekarz powinien być również szybko dostępny do przemieszczania się między różnymi sekcjami.

13.4.28 Podczas wydarzeń torowych jednostka pierwszej pomocy zostanie rozmieszczona w centrum toru, aby zapewnić szybką interwencję w nagłych wypadkach.

13.4.29 Podczas zawodów w dyscyplinie BMX personel medyczny zostanie rozmieszczony wzdłuż trasy w miejscach, gdzie wypadki są najbardziej prawdopodobne.

C. Zasady szczególne dotyczące Mistrzostw Świata

13.4.30 Lokalny Komitet Organizacyjny (Mistrzostw Świata) przedstawi plan służb medycznych do wcześniejszego zatwierdzenia przez Komisję Medyczną UCI za pośrednictwem Formularza Raportu Medycznego UCI.

Organizator prześle Formularz Raportu Medycznego UCI na adres e-mail *medical@uci.ch* co najmniej 3 miesiące przed rozpoczęciem wydarzenia.

- 13.4.31** Delegat Medyczny UCI wyznaczony dla danych Mistrzostw Świata sprawdzi obiekty medyczne z Głównym Lekarzem, zgodnie z art. 13.2.04.

ROZDZIAŁ V: REGULACJE ZDOLNOŚCI DO UDZIAŁU W ZAWODACH DLA SPORTOWCÓW TRANSPŁCIOWYCH

§1 Wprowadzenie

- 13.5.01** Międzynarodowa Unia Kolarska (UCI), jako międzynarodowa federacja odpowiedzialna za światowe zarządzanie i regulowanie kolarstwa, przyjęła niniejsze Regulacje Zdolności do Udziału w Zawodach dla Sportowców Transpłciowych (**„Regulacje Transpłciowe”**) w celu umożliwienia udziału sportowców transpłciowych w sporcie kolarskim w kategorii zawodów i klasyfikacji zgodnej z ich tożsamością płciową, zgodnie z następującymi imperatywami:

1. UCI pragnie zapewnić równe szanse wszystkim sportowcom do udziału i osiągnięcia doskonałości w sporcie, a także dostarczyć im uczciwych i wartościowych warunków rywalizacji. Ma to na celu motywowanie ich do ponoszenia ogromnego zaangażowania i poświęceń, niezbędnych do osiągnięcia sukcesu w sporcie oraz inspirowania nowych pokoleń do włączania się w sport i dążenia do tej samej doskonałości.
2. Istotna różnica płci w wynikach sportowych, która pojawia się od okresu dojrzewania, oznacza, że jedynym sposobem osiągnięcia powyższych celów jest utrzymanie oddzielnych klasyfikacji (kategorii rywalizacji) dla sportowców płci męskiej i żeńskiej. Różnica ta wynika z przewagi fizycznej, jaką uzyskują sportowcy płci męskiej dzięki jąderkom produkującym znacznie wyższy poziom testosteronu niż jajniki u sportowców płci żeńskiej od okresu dojrzewania.
3. UCI uznaje, że sportowcy transpłciowi mogą chcieć rywalizować w kolarstwie w kategorii i klasyfikacji zgodnej z ich tożsamością płciową. UCI szanuje godność wszystkich osób, w tym sportowców transpłciowych. UCI pragnie również, aby sport kolarski był jak najbardziej włączający oraz aby zachęcać i zapewniać jasną ścieżkę do udziału w sporcie dla wszystkich. W związku z tym dąży do nakładania warunków na taki udział tylko w zakresie niezbędnym do zapewnienia uczciwych i wartościowych warunków rywalizacji na elitarnym poziomie sportu.
4. Niniejsze Regulacje Transpłciowe istnieją wyłącznie w celu osiągnięcia wyznaczonego powyżej celu. W żaden sposób nie mają one na celu osądzania ani kwestionowania

tożsamości płciowej sportowca. Wręcz przeciwnie, godność i prywatność sportowców transpłciowych muszą być szanowane i chronione, dlatego wszystkie przypadki wynikające z tych Regulacji Transpłciowych muszą być rozpatrywane i rozwiązywane w sposób poufny, z uwzględnieniem wrażliwego charakteru takich spraw.

- 13.5.02** Niniejsze Regulacje Transpłciowe odzwierciedlają szeroki konsensus medyczny, naukowy i prawny co do podejścia wymaganego do osiągnięcia zidentyfikowanych powyżej imperatywów. Opierają się one na dyskusjach i wymianie poglądów pomiędzy ekspertami medycznymi, lekarzami sportowymi, doradcami prawnymi, ekspertami praw człowieka oraz przedstawicielami osób transpłciowych.
- 13.5.03** Niniejsze Regulacje Transpłciowe wchodzi w życie 17 lipca 2023 roku, zastępując poprzednią edycję tych Regulacji Transpłciowych (która weszła w życie 1 lipca 2022 roku), i stosuje się je natychmiast i w pełni do wszystkich przypadków wchodzących w ich zakres. Będą one podlegały okresowemu przeglądowi i mogą zostać zmienione po takim przeglądzie w celu uwzględnienia wszelkich nowych dowodów i/lub odpowiednich wydarzeń naukowych lub medycznych.
- 13.5.04** Niniejsze Regulacje Zdolności do Udziału w Zawodach dla Sportowców Transpłciowych są wiążące i muszą być przestrzegane przez funkcjonariuszy UCI, sportowców, Federacje Narodowe, przedstawicieli sportowców, funkcjonariuszy federacji członkowskich oraz wszystkie inne odpowiednie osoby, takie jak, ale nie ograniczając się do, osoby i podmioty organizujące Imprezę Międzynarodową, osoby i podmioty uczestniczące w Imprezach Międzynarodowych itp.
- 13.5.05** Ponieważ niniejsze Regulacje mają zastosowanie globalnie, regulując warunki uczestnictwa w zawodach odbywających się na całym świecie, o ile to możliwe, należy je interpretować i stosować nie w oparciu o przepisy krajowe lub lokalne, lecz jako niezależny i autonomiczny tekst, oraz w sposób, który chroni i wspiera powyżej zidentyfikowane imperatywy.
- 13.5.06** W przypadku, gdy pojawi się kwestia nieprzewidziana w niniejszych Regulacjach, UCI zajmie się nią w sposób, który chroni i promuje powyżej zidentyfikowane imperatywy.
- 13.5.07** Słowa i wyrażenia użyte w niniejszych Regulacjach, które są terminami zdefiniowanymi (oznaczone wielkimi literami), będą miały następujące znaczenia:

"Panel Ekspertów" oznacza grupę niezależnych ekspertów medycznych z odpowiednią wiedzą i doświadczeniem, powołanych przez UCI do wykonywania funkcji określonych

w niniejszych Regulacjach dotyczących Zdolności do Udziału w Zawodach Sportowców Transpłciowych, która będzie rozpatrywać przypadki wynikające z tych Regulacji.

"Wydarzenie Międzynarodowe" oznacza wydarzenie zarejestrowane w Kalendarzu Międzynarodowym UCI w dowolnej dyscyplinie, w tym każde wydarzenie, za które przyznawane są punkty UCI, a także inne wydarzenia uznane przez UCI, takie jak rekordy świata i wszelkie inne zawody organizowane przez UCI lub w jej imieniu.

"Kierownik Medyczny" oznacza osobę posiadającą kwalifikacje medyczne, która jest powoływana i upoważniona przez UCI do działania w jej imieniu w sprawach wynikających z niniejszych Regulacji. Kierownik Medyczny nie może być członkiem Panelu Ekspertów.

"Skala Tannera" oznacza skalę, która określa pięć etapów dojrzewania płciowego, podczas których u osób rozwijają się wtórne cechy płciowe. Faza 2 na Skali Tannera oznacza początek dojrzewania. Normalny czas rozpoczęcia dojrzewania waha się od 8 do 13 lat u kobiet i od 9 do 14 lat u mężczyzn.

"Transpłciowy" oznacza osobę, której tożsamość płciowa różni się od jej płci biologicznej (niezależnie od tego, czy jest przed, czy po okresie dojrzewania i niezależnie od tego, czy przeszła jakąkolwiek formę interwencji medycznej).

"Mężczyzna transpłciowy" to osoba, której płeć biologiczna to kobieta, a tożsamość płciowa to mężczyzna; a **"Kobieta transpłciowa"** to osoba, której płeć biologiczna to mężczyzna, a tożsamość płciowa to kobieta.

"Warunki Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych" ma znaczenie nadane temu terminowi w artykule 13.5.15 niniejszych Regulacji.

§2 Zastosowanie

13.5.08 Niniejsze Regulacje ustalają warunki umożliwiające sportowcom transpłciowym rywalizację w Wydarzeniach Międzynarodowych, w kategorii zawodów zgodnej z ich tożsamością płciową.

13.5.09 Sportowiec transpłciowy, który chce kwalifikować się do rywalizacji w klasyfikacji zgodnej z jego tożsamością płciową podczas Wydarzenia Międzynarodowego, zgadza się, jako warunek uczestnictwa, na:

1. Pełne przestrzeganie niniejszych Regulacji oraz wszelkich innych obowiązujących regulacji wydanych przez UCI.

2. Natychmiastową współpracę w dobrej wierze z Kierownikiem Medycznym i Panelem Ekspertów w wykonywaniu ich odpowiednich obowiązków wynikających z niniejszych Regulacji, w tym:
 - a) dostarczanie wszystkich informacji i dowodów, o które wnioskuje Kierownik Medyczny i/lub Panel Ekspertów w celu oceny zgodności z niniejszymi Regulacjami, w tym poddawanie się testom zgodnie z niniejszymi Regulacjami.
 - b) zapewnienie, że wszystkie informacje i dowody dostarczone przez nich lub w ich imieniu Kierownikowi Medycznemu i/lub Panelowi Ekspertów są dokładne i kompletne, oraz że nic istotnego nie jest zatajane.
 - c) wyrażenie zgody i zapewnienie ujawnienia przez ich lekarza(y) Kierownikowi Medycznemu i Panelowi Ekspertów wszelkich informacji lub dowodów, które Panel Ekspertów uzna za niezbędne do swojej oceny.
3. (W najszerszym możliwym zakresie i niezgodnie z obowiązującymi przepisami) gromadzenie, przetwarzanie, ujawnianie i wykorzystywanie informacji (w tym ich wrażliwych danych osobowych) zgodnie z wymogami skutecznego i wydajnego wdrażania i stosowania niniejszych Regulacji.
4. Wyłącznie przestrzeganie procedur określonych w § 7 niniejszych Regulacji w kontekście wszelkich sporów dotyczących niniejszych Regulacji i/lub odwołań od decyzji podjętych na ich podstawie, oraz nie wszczynanie żadnych postępowań sądowych ani w innych forach, które są niezgodne z tym artykułem.
5. Dostarczenie pisemnego potwierdzenia ich zgody na artykuły od 13.5.09/1 do 13.5.09/4 niniejszych Regulacji na żądanie UCI. Jednakże, ich zgoda na niniejsze Regulacje będzie zakładana jako automatyczna konsekwencja ich udziału w wydarzeniach kolarskich i jest skuteczna i wiążąca dla nich, niezależnie od tego, czy została potwierdzona na piśmie.

13.5.10 Sportowiec może w każdej chwili, z podaniem przyczyn lub bez, cofnąć zgodę, której udzielił zgodnie z artykułem 13.5.009. W takim przypadku, uznaje się, że sportowiec wycofał wszelkie roszczenia do spełniania warunków kwalifikowalności dla sportowców transpłciowych określonych w § 3 niniejszych Regulacji.

13.5.11 Każda osoba i każdy podmiot podlegający jurysdykcji UCI (w tym każda osoba, która poddaje się jurysdykcji UCI poprzez dostarczenie informacji do UCI zgodnie z niniejszymi Regulacjami):

1. jest związana i musi w pełni przestrzegać niniejszych Regulacji, w tym w szczególności dostarczać wyłącznie dokładnych i kompletnych informacji, a nie dostarczać żadnych informacji w złej wierze lub w jakimkolwiek niewłaściwym celu; oraz

2. musi niezwłocznie i w dobrej wierze współpracować z Kierownikiem Medycznym i Panelem Ekspertów w wypełnianiu ich odpowiednich obowiązków wynikających z niniejszych Regulacji.

13.5.12 Wszystkimi przypadkami wynikającymi z niniejszych Regulacji zajmie się Dział Medyczny UCI, a nie Federacja Narodowa danego sportowca (ani żaden inny organ), chyba że Kierownik Medyczny wyraźnie poprosi o ich pomoc w konkretnej sprawie. Każda Federacja Narodowa musi niezwłocznie i w pełni współpracować oraz wspierać UCI w stosowaniu i egzekwowaniu niniejszych Regulacji (w tym, na żądanie, pomagać w ocenach i dochodzeniach prowadzonych na ich podstawie). Musi również ściśle przestrzegać poniższych zobowiązań dotyczących poufności i zapewnić, że każdy sportowiec transpłciowy podlegający jej jurysdykcji, który zgłasza się do udziału w Wydarzeniu Międzynarodowym, spełnia warunki kwalifikowalności zgodnie z niniejszymi Regulacjami Transpłciowymi.

13.5.13 Federacja Narodowa może przyjąć własne regulacje w celu określenia kwalifikowalności sportowców transpłciowych do udziału w wydarzeniach odbywających się pod jej jurysdykcją, które nie są Wydarzeniami Międzynarodowymi. Aby uniknąć wątpliwości:

1. Nic, co Federacja Narodowa zrobi lub czego nie zrobi na poziomie krajowym, nie wpłynie na kwalifikowalność sportowców transpłciowych do udziału w Wydarzeniach Międzynarodowych. Będzie to zamiast tego określone wyłącznie na podstawie niniejszych Regulacji.
2. Jeśli Federacja Narodowa nie ustali żadnych regulacji dotyczących kwalifikowalności sportowców transpłciowych w zawodach podlegających jej jurysdykcji, wymogi określone w niniejszych Regulacjach będą stosowane domyślnie, natomiast Federacja Narodowa pozostanie wyłącznie odpowiedzialna za ich stosowanie.

§3 Zasady kwalifikowalności dla zawodników transpłciowych

Warunki kwalifikowalności dla sportowców transpłciowych mężczyzn (tzn. z kobiety na mężczyznę)

13.5.14 Aby kwalifikować się do rywalizacji w kategorii męskiej na Wydarzeniu Międzynarodowym, sportowiec transpłciowy mężczyzna musi dostarczyć pisemne i podpisane oświadczenie, w formie satysfakcjonującej Kierownika Medycznego, potwierdzające, że jego tożsamość płciowa jest męska. Jak tylko będzie to rozsądnie możliwe po otrzymaniu takiego oświadczenia, Kierownik Medyczny wyda pisemne zaświadczenie o kwalifikowalności tego sportowca do rywalizacji w kategorii męskiej na Wydarzeniu Międzynarodowym.

Warunki kwalifikowalności dla sportowców transpłciowych kobiet

(tzn. z mężczyzny na kobietę)

- 13.5.15** Aby kwalifikować się do rywalizacji w kategorii kobiecej na Wydarzeniu Międzynarodowym, sportowiec transpłciowa kobieta musi spełnić każdy z poniższych warunków (zwanym łącznie Warunkami Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych) ku zadowoleniu Panelu Ekspertów:
1. Musi dostarczyć pisemne i podpisane oświadczenie, w formie satysfakcjonującej Kierownika Medycznego, potwierdzające, że jej tożsamość płciowa jest kobieca.
 2. Nie mogła doświadczyć żadnej części męskiego dojrzewania płciowego poza Fazą 2 skali Tannera lub po ukończeniu 12 roku życia (w zależności od tego, co nastąpiło wcześniej).
 3. Od okresu dojrzewania musi nieprzerwanie utrzymywać stężenie testosteronu w surowicy poniżej 2,5 nmol/L.
 4. Musi kontynuować utrzymywanie stężenia testosteronu w surowicy poniżej 2,5 nmol/L przez cały czas (tj. zarówno w trakcie, jak i poza zawodami), tak długo, jak długo chce zachować kwalifikowalność do rywalizacji w kategorii kobiecej na Wydarzeniach Międzynarodowych.
 5. Dla celów niniejszych Regulacji, wszystkie pomiary testosteronu w surowicy muszą być przeprowadzane metodą chromatografii cieczowej sprzężonej ze spektrometrią mas, zgodnie z Dodatkiem na końcu niniejszego rozdziału.

Postanowienia mające zastosowanie do wszystkich sportowców transpłciowych

- 13.5.16** Dla uniknięcia wątpliwości, żaden sportowiec nie będzie zmuszany do poddawania się ocenie medycznej i/lub leczeniu na podstawie niniejszych Regulacji. Obowiązkiem sportowca, w ścisłej konsultacji z jego zespołem medycznym, jest podjęcie decyzji o zasadności poddania się jakiegokolwiek ocenie i/lub leczeniu.
- 13.5.17** Dla dalszego uniknięcia wątpliwości, nie ma żadnych innych specjalnych warunków (tj. innych niż Warunki Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych), które sportowiec transpłciowy musi spełnić, aby rywalizować na Wydarzeniu Międzynarodowym w kategorii zawodów zgodnej z jego tożsamością płciową (ponieważ takie wymogi nie są istotne dla powyżej zidentyfikowanych imperatywów). W szczególności, nie są wymagane następujące elementy, aby sportowiec transpłciowy był uprawniony do rywalizacji na Wydarzeniu Międzynarodowym w kategorii zawodów zgodnej z jego tożsamością płciową:
1. prawne uznanie tożsamości płciowej sportowca; lub
 2. chirurgiczne zmiany anatomiczne.
- 13.5.18** Gdy sportowiec transpłciowy spełnił odpowiednie wymagania kwalifikacyjne określone powyżej i rozpoczął rywalizację w Wydarzeniu Międzynarodowym w kategorii zawodów

zgodnej z jego tożsamością płciową, nie może następnie uczestniczyć w innej kategorii płciowej w Wydarzeniu Międzynarodowym, chyba że i dopóki:

- (a) nie minęły co najmniej cztery lata od pierwszego Wydarzenia Międzynarodowego, w którym uczestniczył jako sportowiec transpłciowy; i
- (b) nie spełnia wszystkich warunków kwalifikowalności do rywalizacji w innej kategorii płciowej.

13.5.19 Warunki kwalifikowalności dla sportowców transpłciowych określone w niniejszych Regulacjach działają bez uszczerbku dla innych wymogów kwalifikacyjnych, które mają zastosowanie do wszystkich sportowców (transpłciowych lub innych) zgodnie z zasadami UCI, które muszą być również spełnione we wszystkich odpowiednich momentach. W szczególności, nic w niniejszych Regulacjach nie ma na celu podważania ani w żaden sposób wpływania na jakiegokolwiek wymogi Światowego Kodeksu Antydopingowego, Międzynarodowych Standardów (WADA) (w tym Międzynarodowego Standardu dla Wyjątków na Użycie Terapeutyczne) ani Regulaminu Antydopingowego UCI. Nic w niniejszych Regulacjach nie zezwala, nie usprawiedliwia ani nie uzasadnia nieprzestrzegania któregokolwiek z tych wymogów, w tym wymogu uzyskania przez sportowca Wyjątkowe Pozwolenie na Użycie Terapeutyczne (TUE) na stosowanie substancji z Listy Zabronionych WADA, takich jak testosteron, spironolakton lub agoniści hormonu uwalniającego gonadotropiny GnRH.

§4 Studium przypadków

13.5.20 UCI powoła grupę niezależnych ekspertów medycznych, z której może zostać utworzony odpowiednio wykwalifikowany panel ekspertów (zwany dalej „**Panelem Ekspertów**”) do rozpatrywania spraw wynikających z niniejszych Regulacji. Wyznaczą oni również jednego z tych ekspertów na stanowisko przewodniczącego i doboru składu Panelu Ekspertów dla każdej sprawy.

13.5.21 Panel Ekspertów może prowadzić wszelkie zapytania lub dochodzenia, jakie uzna za niezbędne do dokładnego i skutecznego przeprowadzenia oceny, w tym żądać dalszych informacji od sportowca lub lekarza sportowca i/lub uzyskiwać dodatkowe opinie ekspertów. Sportowiec jest odpowiedzialny za zapewnienie, że dostarczone informacje są dokładne i kompletne, oraz że nic istotnego dla oceny sprawy przez Panel Ekspertów nie zostało zatajone. Sportowiec musi również dostarczyć odpowiednie zgody i zrzeczenia się (w formie satysfakcjonującej Kierownika Medycznego), aby umożliwić lekarzowi(om) sportowca ujawnienie Kierownikowi Medycznemu i Panelowi Ekspertów wszelkich informacji, które Panel Ekspertów uzna za niezbędne do swojej oceny.

- 13.5.22** Transpłciowa kobieta (tzn. z mężczyzny na kobietę), która chce zostać uznana za kwalifikującą się do rywalizacji w kategorii kobiecej na Wydarzeniu Międzynarodowym:
1. Musi złożyć odpowiednie oświadczenie, o którym mowa w artykule 13.5.015/1 niniejszych Regulacji, do Kierownika Medycznego.
 2. Musi przedstawić kompleksową historię medyczną, w tym szczegóły dotyczące:
 - a) wszelkich operacji korekty płci, które sportowiec przeszedł, w tym daty takich procedur oraz to, czy miały miejsce przed, czy po okresie dojrzewania;
 - b) jakiegokolwiek innego odpowiedniego leczenia, które sportowiec otrzymał (w tym leczenia przed lub po korekcie płci), w tym czas, dawkowanie i częstotliwość takiego leczenia; oraz
 - c) wyników wszelkich badań przeprowadzonych przed lub po korekcie płci.
 3. Jeśli transpłciowa kobieta nie jest w stanie udowodnić w sposób przekujący Kierownika Medycznego, że przeszła gonadektomię lub inną procedurę, która koniecznie i trwale obniżyła poziom testosteronu poniżej 2,5 nmol/L, musi dostarczyć, na żądanie Kierownika Medycznego, bieżące dowody stężenia testosteronu w surowicy, takie jak raporty laboratoryjne uzyskane przez jej osobistego lekarza z wyników analizy próbek pobieranych okresowo od sportowca.
- 13.5.23** Po skomunikowaniu się ze sportowcem i/lub lekarzem sportowca w celu usunięcia wszelkich oczywistych niedociągnięć, Kierownik Medyczny może przekazać plik (w formie anonimowej) do Panelu Ekspertów, wraz ze szczegółami kroków, które Kierownik Medyczny proponuje w celu monitorowania poziomu testosteronu w surowicy sportowca. W takim przypadku zmieni on te proponowane kroki w razie potrzeby, aby uwzględnić wszelkie uwagi zgłoszone przez Panel Ekspertów.
- 13.5.24** Panel Ekspertów oceni sprawy przekazane mu przez Kierownika Medycznego, aby określić, czy Warunki Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych zostały spełnione (lub, jeśli nie, to co jeszcze sportowiec musi zrobić, aby spełnić te warunki). Ocena ta będzie oparta na wytycznych zawartych w Załączniku. Panel może prowadzić wszelkie zapytania lub dochodzenia, jakie uzna za niezbędne do dokładnego i skutecznego przeprowadzenia oceny, w tym żądać dalszych informacji od sportowca lub lekarza sportowca i/lub uzyskiwać dodatkowe opinie ekspertów.
- 13.5.25** Jeśli Panel Ekspertów będzie miał jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące adekwatności dowodów dostarczonych przez sportowca lub w jego imieniu, udzieli sportowcowi uczciwej możliwości wyjaśnienia tych wątpliwości, zanim podejmie ostateczną decyzję.

- 13.5.26** Panel Ekspertów zakończy swoją ocenę tak szybko, jak to będzie rozsądnie możliwe we wszystkich okolicznościach sprawy. Jednakże, w żadnym wypadku UCI ani żaden członek Panelu Ekspertów nie będzie ponosić odpowiedzialności za jakąkolwiek szkodę rzekomo poniesioną przez sportowca lub kogokolwiek innego wynikłą w czasie potrzebnym Panelowi Ekspertów na zakończenie oceny.
- 13.5.27** Po zakończeniu oceny, Panel Ekspertów prześle swoją pisemną decyzję do Kierownika Medycznego, który przekaże ją sportowcowi (z kopią do lekarza sportowca, jeśli jest to wymagane).
1. Jeśli Panel Ekspertów zdecyduje, że dostarczone dowody nie są wystarczające, aby wykazać, że Warunki Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych zostały spełnione, musi pisemnie wyjaśnić przyczyny swojej decyzji. W stosownych przypadkach powinien również określić, co jeszcze sportowiec musi zrobić, aby spełnić te warunki (w tym, na przykład, utrzymywanie stężenia testosteronu w surowicy na poziomie poniżej 2,5 nmol/L przez dłuższy okres; monitorowanie; raportowanie; i dalsze przeglądy).
 2. Jeśli Panel Ekspertów zdecyduje, że Warunki Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych zostały spełnione, Kierownik Medyczny wyda pisemne zaświadczenie o kwalifikowalności tego sportowca do rywalizacji w kategorii kobiecej na Wydarzeniach Międzynarodowych. Ta kwalifikacja będzie w każdym przypadku warunkowa i uzależniona od ciągłego utrzymywania przez sportowca stężenia testosteronu w surowicy na poziomie poniżej 2,5 nmol/L.
- 13.5.28** Decyzja Panelu Ekspertów będzie ostateczna i wiążąca dla wszystkich stron. Może być ona zaskarżona wyłącznie w drodze odwołania, zgodnie z § 7 niniejszych Regulacji.

§5 Monitorowanie kwalifikowalności dla zawodników transpłciowych

- 13.5.29** Kierownik Medyczny może monitorować zgodność sportowca z Warunkami Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych w dowolnym momencie, z lub bez uprzedzenia, zarówno poprzez losowe, jak i ukierunkowane testowanie poziomu testosteronu w surowicy sportowca, jak i za pomocą wszelkich innych odpowiednich środków.
- 13.5.30** Dodatkowo, pod warunkiem, że działają w dobrej wierze i na rozsądnych podstawach opartych na informacjach pochodzących z wiarygodnych źródeł (na przykład: od sportowca, lekarza zespołu federacji krajowej, do której sportowiec jest afiliowany, wyników rutynowego badania zdrowia przed zawodami i/lub informacji/danych (w tym, ale nie wyłącznie, poziomu testosteronu w surowicy) uzyskanych z pobierania i analizy próbek od sportowca do celów antydopingowych), Kierownik Medyczny może prowadzić dochodzenie, czy sportowiec, który

rywalizuje lub jest, lub może być zgłoszony do rywalizacji w Wydarzeniu Międzynarodowym, może być sportowcem transpłciowym, do którego mają zastosowanie niniejsze Regulacje. Kierownik Medyczny może również prowadzić dochodzenie w dowolnym momencie:

1. czy (z powodu późniejszej zmiany okoliczności, późniejszej wiedzy lub doświadczenia, lub z innych przyczyn) konieczne jest wymaganie od sportowca transpłciowego, który wcześniej został uznany za spełniającego Warunki Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych, poddania się dalszej ocenie przez Panel Ekspertów, aby ustalić, czy nadal spełnia te warunki; i/lub
2. wszelkich okoliczności, które wskazują na potencjalne nieprzestrzeganie niniejszych Regulacji przez sportowca transpłciowego;

...a w takich przypadkach dany sportowiec musi w pełni i w dobrej wierze współpracować z dochodzeniem prowadzonym przez Kierownika Medycznego oraz z każdą późniejszą oceną przez Panel Ekspertów, w tym poprzez dostarczanie próbek surowicy i/lub moczu na żądanie do analizy, i/lub poddawanie się badaniu lekarskiemu.

Gdy sportowiec nie współpracuje zgodnie z wymogami niniejszych Regulacji, lub gdy jest to w inny sposób niezbędne do ochrony uczciwości i/lub integralności zawodów, UCI może tymczasowo zawiesić sportowca w udziale w Wydarzeniach Międzynarodowych do czasu rozwiązania sprawy. W przypadku nałożenia takiego tymczasowego zawieszenia, należy podjąć wszelkie rozsądne starania, aby jak najszybciej zakończyć dochodzenie. Każde takie tymczasowe zawieszenie może zostać zaskarżone zgodnie z § 7 niniejszych Regulacji (Rozstrzyganie Sporów).

13.5.31 Jeżeli w wyniku dochodzenia Kierownik Medyczny stwierdzi, że sportowiec jest sportowcem transpłciowym, do którego mają zastosowanie niniejsze Regulacje, Kierownik Medyczny zaprosi sportowca do dostarczenia informacji określonych w niniejszych Regulacjach, aby jego sprawa mogła zostać poddana ocenie.

13.5.32 Godność każdej osoby musi być szanowana. Wszelkie formy nadużyć i/lub nękania są zabronione. W szczególności (lecz nie wyłącznie):

1. Każda osoba lub podmiot, który dostarcza informacje Kierownikowi Medycznemu i/lub Panelowi Ekspertów do rozpatrzenia na podstawie niniejszych Regulacji, musi:
 - a. zapewnić, że informacje są dokładne i kompletne; oraz
 - b. nie dostarczać żadnych informacji w złej wierze, w celu nękania, stygmatyzowania lub w inny sposób szkodenia sportowcowi, ani w żadnym innym niewłaściwym celu.

2. Żadne przejawy stygmatyzacji ani niewłaściwej dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową nie będą tolerowane. W szczególności, nieakceptowalne są prześladowanie lub kampanie przeciwko sportowcowi, wyłącznie na podstawie tego, że jego wygląd nie odpowiada stereotypom płciowym. Jakiegokolwiek takie zachowanie będzie uważane za poważne naruszenie niniejszych Regulacji i Kodeksu Etyki, podobnie jak każde naruszenie poniższych przepisów dotyczących poufności.

13.5.33 Transpłciowa zawodniczka będzie wyłącznie odpowiedzialna za utrzymanie stężenia testosteronu w swojej surowicy poniżej 2,5 nmol/L tak długo, jak długo będzie chciała zachować prawo do rywalizacji w kobiecej kategorii zawodów w Wydarzeniach Międzynarodowych.

13.5.34 Panel Ekspertów może określić szczególne sposoby wykazania takiej ciągłej zgodności. W każdym przypadku sportowiec musi na żądanie przedstawić Kierownikowi Medycznemu dowody zadowalające co do takiej ciągłej zgodności. W szczególności, z wyjątkiem sytuacji, gdy sportowiec może udowodnić Panelowi Ekspertów, że przeszedł gonadektomię lub inną procedurę, która w konieczny i trwały sposób obniżyła poziom testosteronu poniżej 2,5 nmol/L, Kierownik Medyczny:

1. może wymagać od sportowca ciągłego dostarczania dowodów stężenia testosteronu w jego surowicy, takich jak raporty laboratoryjne uzyskane przez jego osobistego lekarza z wyników analizy próbek pobieranych okresowo od sportowca;
2. może monitorować stężenie testosteronu w organizmie sportowca, w tym poprzez pobieranie próbek od sportowca i analizowanie ich pod kątem odpowiednich dowodów;
3. może konsultować się z przewodniczącym Panelu Ekspertów na każdym etapie tego procesu, jeśli Kierownik Medyczny uzna to za konieczne; oraz
4. może odesłać transpłciową kobietę-sportowca z powrotem do Panelu Ekspertów w celu dalszej oceny.

13.5.35 Jeśli transpłciowa zawodniczka, która wcześniej została uznana za uprawnioną do rywalizacji w kategorii kobiecej na Wydarzeniach Międzynarodowych, zostanie uznana za taką, która nie utrzymała stężenia testosteronu w surowicy poniżej 2,5 nmol/L; wówczas (zawsze z zastrzeżeniem artykułu 13.5.036 niniejszych Regulacji):

- 1.1. w przypadku gdy UCI uzna to za konieczne do zachowania integralności wyników zawodów, może zdyskwalifikować indywidualne wyniki uzyskane przez zawodniczkę w klasyfikacji kobiecej w zawodach na Wydarzeniu Międzynarodowym i/lub innych zawodach, ze wszystkimi wynikającymi z tego konsekwencjami, w tym utratą wszelkich medali, punktów rankingowych, nagród pieniężnych, rekordów (w tym rekordów świata) i innych nagród przyznanych zawodniczce na podstawie tych wyników;

1.2. jeśli zawodniczka jest w stanie przekonać Panel Ekspertów, na podstawie przewagi prawdopodobieństwa, że jej nieutrzymanie stężenia testosteronu w surowicy poniżej 2,5 nmol/L było niezamierzone, zawodniczka będzie nieuprawniona do rywalizacji w klasyfikacji kobiecej w zawodach na Wydarzeniu Międzynarodowym przez taki okres (jeśli w ogóle), jaki Panel Ekspertów uzna za konieczny do ochrony uczciwej rywalizacji w klasyfikacji kobiecej; oraz

1.3. jeśli zawodniczka nie jest w stanie przekonać Panelu Ekspertów, na podstawie przewagi prawdopodobieństwa, że jej nieutrzymanie stężenia testosteronu w surowicy poniżej 2,5 nmol/L było niezamierzone, zawodniczka będzie nieuprawniona do rywalizacji w klasyfikacji kobiecej w zawodach na Wydarzeniu Międzynarodowym przez taki sam okres, jaki otrzymałaby za celowe użycie sterydu anabolicznego zgodnie z Regulaminem Antydopingowym UCI obowiązującym w danym czasie. Zawodniczce zostanie dana rozsądna możliwość przedstawienia wszelkich wyjaśnień lub uwag, jakie uzna za stosowne, przed zdyskwalifikowaniem jakichkolwiek wyników lub nałożeniem jakiegokolwiek okresu nieuprawnienia zgodnie z artykułem 13.5.036 niniejszych Regulacji.

13.5.36. Każda decyzja o dyskwalifikacji wyników i/lub nałożeniu okresu niekwalifikowalności zgodnie z artykułem 13.5.035 niniejszych Regulacji może zostać zaskarżona przez danego sportowca zgodnie z § 7.

§6 Procedury dyscyplinarne

13.5.37 Bez wyłączeń dla uprawnień przyznanych UCI w niniejszych Regulacjach, gdy:

1. sportowiec transpłciowy rywalizuje w Wydarzeniu Międzynarodowym w kategorii zawodów, dla której nie spełnił warunków kwalifikowalności określonych w niniejszych Regulacjach Transpłciowych; lub
2. trener, szkoleniowiec, agent lub inna osoba bądź podmiot był współwinny naruszenia lub nieprzestrzegania niniejszych Regulacji przez sportowca;
3. nastąpiło jakiekolwiek inne naruszenie lub nieprzestrzeganie niniejszych Regulacji przez trenera, szkoleniowca, agenta lub inną osobę bądź podmiot;

UCI może podjąć działania dyscyplinarne przeciwko takiej osobie/podmiotowi zgodnie ze swoimi specyficznymi regulacjami (Część XII: Dyscyplina i Procedury).

13.5.38 W takich postępowaniach dyscyplinarnych, sportowiec nie może kwestionować ważności niniejszych Regulacji dotyczących Kwalifikowalności Sportowców Transpłciowych ani żadnej decyzji podjętej na ich podstawie. Zamiast tego, takie kwestionowanie może nastąpić wyłącznie w drodze zaskarżenia lub odwołania zgodnie z §7 niniejszych Regulacji.

- 13.5.39** W takich postępowaniach dyscyplinarnych, sankcje, które mogą zostać nałożone w przypadku udowodnionego naruszenia, mogą obejmować (w zależności od wszystkich okoliczności sprawy):
1. upomnienie, naganę i/lub ostrzeżenie dotyczące przyszłego postępowania;
 2. dyskwalifikację indywidualnych wyników uzyskanych przez sportowca na Wydarzeniach Międzynarodowych, ze wszystkimi wynikającymi z tego konsekwencjami, w tym utratą wszelkich medali, punktów rankingowych, nagród pieniężnych lub innych przedmiotów przyznanych sportowcowi na podstawie tych wyników;
 3. dyskwalifikację rekordu świata;
 4. określony okres niekwalifikowalności do udziału w Wydarzeniach Międzynarodowych;
 5. grzywnę; i/lub
 6. jeśli naruszenie dotyczy więcej niż dwóch członków zespołu lub jeśli występują wielokrotne naruszenia dotyczące takiego zespołu, odpowiednie sankcje dla zespołu (np. dyskwalifikacja wyników zespołu; nałożenie okresu przyszłego nieuprawnienia do udziału w Wydarzeniach Międzynarodowych; grzywna).

§7 Rozstrzyganie sporów

- 13.5.40** Z wyłączeniem spraw dyscyplinarnych, o których mowa w §6 niniejszych Regulacji (które będą rozpatrywane zgodnie z tamtym regulaminem), wszelkie spory powstałe pomiędzy UCI a sportowcem (i/lub jego zespołem lub Federacją Narodową) w związku z niniejszymi Regulacjami będą podlegały wyłącznej jurysdykcji Sportowego Sądu Arbitrażowego (CAS). W szczególności, ważność, legalność i/lub właściwa interpretacja i zastosowanie niniejszych Regulacji mogą być kwestionowane wyłącznie:

- (a) w drodze zwykłego postępowania wszczętego przed CAS; i/lub
- (b) w ramach odwołania do CAS złożonego zgodnie z artykułem 13.5.041 niniejszych Regulacji.

- 13.5.41** Poniższe decyzje (i tylko te decyzje) podjęte na podstawie niniejszych Regulacji mogą być zaskarżone przez sportowca, którego dotyczy decyzja, do CAS zgodnie z § 7 niniejszych Regulacji, poprzez złożenie Oświadczenia o Odwołaniu do CAS i do UCI (jako strony pozwanej w odwołaniu) w ciągu trzydziestu dni od daty otrzymania pisemnego uzasadnienia decyzji:

1. decyzja, że sportowiec nie spełnia wymogów niniejszych Regulacji i w związku z tym nie kwalifikuje się do rywalizacji w Wydarzeniach Międzynarodowych w klasyfikacji zgodnej z jego tożsamością płciową;
2. decyzja podjęta na podstawie artykułu 13.5.30 niniejszych Regulacji o tymczasowym zawieszeniu sportowca z rywalizacji; oraz

3. decyzja podjęta na podstawie artykułu 13.5.35 niniejszych Regulacji o dyskwalifikacji wyników i/lub nałożeniu okresu niekwalifikowalności.

13.5.42 Każde takie zaskarżenie lub odwołanie będzie regulowane przez Konstytucję UCI, niniejsze Regulacje dotyczące Kwalifikowalności Sportowców Transpłciowych oraz inne obowiązujące zasady i regulacje UCI, przy czym subsydiarnie stosuje się przepisy prawa szwajcarskiego. CAS rozpozna i rozstrzygnie zaskarżenie lub odwołanie w sposób ostateczny zgodnie z Kodeksem Arbitrażu Sportowego CAS, pod warunkiem, że (1) w przypadku jakiegokolwiek konfliktu pomiędzy wyżej wymienionymi instrumentami i przepisami prawnymi z jednej strony, a Kodeksem Arbitrażu Sportowego CAS z drugiej strony, pierwszeństwo będą miały instrumenty i przepisy prawne; oraz (2) w każdym odwołaniu sportowiec będzie miał piętnaście dni od złożenia Oświadczenia o Odwołaniu na złożenie Pisemnego Zgłoszenia Odwołania, a UCI będzie miała trzydzieści dni od otrzymania Pisemnego Zgłoszenia Odwołania na złożenie Odpowiedzi. Do czasu rozstrzygnięcia zaskarżenia lub odwołania, niniejsze Regulacje i zaskarżona decyzja pozostają w pełnej mocy, chyba że CAS zarządzi inaczej.

13.5.43 Decyzja CAS w sprawie merytorycznej zaskarżenia lub odwołania będzie ostateczna i wiążąca dla wszystkich stron, i nie przysługuje od niej żadne prawo do odwołania ani inne zaskarżenie z jakiegokolwiek podstawy, z wyjątkiem przypadków określonych w Rozdziale 12 Szwajcarskiego Federalnego Kodeksu Prawa Prywatnego Międzynarodowego.

§8 Poufność

13.5.44 Wszystkie sprawy wynikające z niniejszych Regulacji, a w szczególności wszystkie informacje dotyczące sportowca, które są przekazywane UCI na mocy niniejszych Regulacji, oraz wszystkie wyniki badań i ocen przeprowadzonych na podstawie niniejszych Regulacji, muszą być przez cały czas utrzymywane w ścisłej poufności. Wszystkie informacje i dane medyczne dotyczące sportowca będą traktowane jako wrażliwe dane osobowe, a Kierownik Medyczny musi zapewnić ich przetwarzanie zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych i prywatności. Takie informacje i dane nie mogą być wykorzystywane do żadnych celów nieprzewidzianych w niniejszych Regulacjach i nie mogą być ujawniane żadnym stronom trzecim, chyba że:

- (a) jest to ściśle konieczne do skutecznego stosowania i egzekwowania niniejszych Regulacji; lub
- (b) jest to wymagane przez prawo.

13.5.45 UCI nie będzie publicznie komentować konkretnych faktów dotyczących sprawy wynikającej z niniejszych Regulacji (w przeciwieństwie do ogólnych opisów procesu i nauki) z wyjątkiem odpowiedzi na publiczne komentarze złożone przez sportowca lub jego przedstawicieli.

- 13.5.46** Każdy członek Panelu Ekspertów musi podpisać odpowiednią deklarację konfliktu interesów i zobowiązanie do zachowania poufności w związku ze swoją pracą jako członek panelu.

§9 Koszty

- 13.5.47** Koszty wszelkich badań lekarskich, ocen, leczenia, monitorowania, raportowania i wszelkie inne koszty związane z przestrzeganiem niniejszych Regulacji ponosi dany sportowiec. Natomiast stałe koszty Panelu Ekspertów pokrywa UCI.

§10 Wzajemne uznanie

- 13.5.48** W przypadku gdy sportowiec transpłciowy z innej dyscypliny sportu chce wziąć udział w kolarskich zawodach sportowych, UCI może uznać i uwzględnić decyzję o kwalifikowalności międzynarodowej federacji tej innej dyscypliny w odniesieniu do tego sportowca. Jest to możliwe, pod warunkiem że decyzja o kwalifikowalności oraz regulacje tej innej dyscypliny dotyczące tej decyzji są zgodne z niniejszymi Regulacjami. Wszelka tak przyznana kwalifikowalność będzie uzależniona od ciągłego przestrzegania przez sportowca wymogów niniejszych Regulacji.

§11 Ograniczenie odpowiedzialności

13.5.49

1. W żadnych okolicznościach UCI, żaden członek Panelu Ekspertów ani żaden z pracowników, funkcjonariuszy, agentów, przedstawicieli i innych osób zaangażowanych w stosowanie i/lub egzekwowanie niniejszych Regulacji nie będzie w żaden sposób odpowiedzialny wobec jakiegokolwiek osoby w związku z działaniami podjętymi lub zaniechanymi w dobrej wierze w związku z niniejszymi Regulacjami.
2. Każda sprawa zostanie rozpatrzona tak szybko, jak to będzie rozsądnie możliwe w danych okolicznościach. Jednakże, w żadnych okolicznościach UCI, Kierownik Medyczny ani żaden członek Panelu Ekspertów nie będzie ponosić odpowiedzialności za jakąkolwiek szkodę, rzekomo poniesioną przez danego sportowca lub kogokolwiek innego w wyniku czasu potrzebnego na ukończenie dochodzeń/oceny ich sprawy.

§12 Przepisy przejściowe

- 13.5.50** Niniejszy Rozdział Regulaminu Medycznego UCI został przyjęty przez Komitet Zarządzający UCI 10 lipca 2023 roku i wchodzi w życie 17 lipca 2023 roku. Ma on zastosowanie do wszystkich sportowców transpłciowych.

DODATEK: WYTYCZNE MEDYCZNE

Spis treści

1. Ogólne informacje medyczne.
2. Wytyczne dotyczące monitorowania poziomu testosteronu w surowicy u transpłciowych kobiet-sportowców do celów kwalifikacyjnych.
3. Wytyczne dotyczące metody pomiaru poziomu testosteronu w surowicy do celów kwalifikacyjnych

Stosowanie Regulacji Transpłciowych będzie z natury wysoce zindywidualizowane i specyficzne dla okoliczności danego przypadku. Te wytyczne medyczne mają na celu jedynie dostarczenie ogólnych wskazówek dotyczących pewnych medycznych aspektów Regulacji Transpłciowych, aby wspomóc ich praktyczne zastosowanie. Wszystkie informacje zawarte w niniejszym Załączniku 1 są oparte na istniejącej literaturze mającej zastosowanie do takich przypadków. Ani UCI, ani żaden z jej pracowników, funkcjonariuszy, agentów, przedstawicieli ani innych osób zaangażowanych w administrowanie niniejszymi Regulacjami Transpłciowymi nie ponosi w żaden sposób odpowiedzialności za jakiegokolwiek wyniki uzyskane w wyniku przyjętej procedury

1. Ogólne informacje medyczne.

1.1 Tożsamość płciowa odnosi się do postrzeganej przez jednostkę własnej płci. Może ona różnić się od anatomii płciowej, płci chromosomalnej, gonadalnej lub hormonalnej, roli płciowej lub płci odnotowanej przy urodzeniu.

1.2 Ponieważ niektóre dzieci, które identyfikują się jako transpłciowe, w rzeczywistości nie będą tak się identyfikować jako dorośli, wczesne leczenie medyczne niesie ze sobą znaczące ryzyko. Kwestia ta jest problematyczna, ponieważ osoby, które chcą skorzystać z terapii transpłciowych, znajdują łatwiejsze rozwiązanie w młodszym wieku, zanim pojawi się potrzeba odwracania cech płci przeciwnej rozwiniętych w okresie dojrzewania. Paradoksem w rozwiązywaniu tego napięcia jest stosowanie analogi GnRH (lub progestagów), które opóźniają dojrzewanie w sposób odwracalny, dopóki nie zostanie ustalony długoterminowy plan. Analogi GnRH byłyby rozpoczynane przy pierwszych widocznych oznakach dojrzewania lub około Fazy 2 skali Tannera.. Należy zauważyć, że dzieci przed okresem dojrzewania nie wymagają żadnej interwencji medycznej.

Diagnoza

- 1.3 Diagnoza tożsamości transpłciowej jest zazwyczaj prosta u dorosłych. To, czy dana osoba o tożsamości transpłciowej chce zająć się niezgodnością, jest bardzo osobistą decyzją i może być uzależnione od różnych czynników.

- 1.4 Aby uniknąć sytuacji, w której współistniejąca choroba psychiczna zaciemniałaby obraz do tego stopnia, że tożsamość płciowa nie jest jasna, do zespołu zarządzania medycznym normalnie włącza się specjalistę ds. zdrowia psychicznego. Jego zadaniem jest potwierdzenie braku takiego czynnika zakłócającego oraz pomoc w radzeniu sobie ze stresem związanym z transycją (który może być znaczący).

Leczenie medyczne

- 1.5 Dla osób transpłciowych, które szukają interwencji medycznej, najskuteczniejszą strategią leczenia jest zazwyczaj zmiana wyglądu osoby tak, aby był zgodny z jej tożsamością płciową.
- 1.6 Podstawą leczenia medycznego jest terapia hormonalna. Wiele osób transpłciowych będzie również szukać chirurgicznych interwencji potwierdzających płeć, a wybory te są zależne (między innymi) od dostępu do opieki, aspektów technicznych konkretnych operacji oraz elementów osobistych, które muszą być dostosowane do konkretnego pacjenta.
- 1.7 Leczenie hormonalne osób transpłciowych odbywa się zgodnie z konwencjonalnymi paradygmatami hormonalnymi, z tymi samymi obawami i efektami, jakie obserwuje się przy stosowaniu tych samych hormonów w innych celach.
- 1.8 Ważne jest również, aby sportowcy transpłciowi rozważyli, czy jakiegokolwiek poszukiwane leczenie medyczne wymaga od nich uzyskania Wyjątkowego Pozwolenia na Użycie Terapeutyczne (TUE) na stosowanie substancji z Listy Zabronionych WADA (takich jak testosteron, spironolakton czy agoniści GnRH). Dalsze informacje można znaleźć w **Wytycznych WADA dla Lekarzy TUE dotyczących Sportowców Transpłciowych**, dostępnych na stronie www.wada-ama.org.

Strategie leczenia i typowe schematy dla mężczyzn transpłciowych

- 1.9 Zazwyczaj leczenie hormonalne dla mężczyzn transpłciowych polega na podawaniu testosteronu, aby podnieść jego poziom w surowicy z zakresu kobiecego (0,06 do 1,68 nmol/L, 95% dwustronnego przedziału ufności) do zakresu męskiego (7,7 do 29,4 nmol/L, 95% dwustronnego przedziału ufności). Wymagane dawki są podobne do tych stosowanych w leczeniu mężczyzn hipogonadnych. Testosteron podaje się pozajelitowo (domięśniowo lub podskórnie) albo przezskórnie (za pomocą żelu, roztworu lub plastra).
- 1.10. Typowe schematy terapii testosteronem:
- Podanie pozajelitowe (zastrzyki domięśniowe lub podskórne):
- Estrы testosteronu (enantan, cypionat, mieszane): 50-250 mg IM/SC co 1-3 tygodnie.
 - Undecylenian testosteronu: 750 lub 1000 mg podawane co 8-12 lub 12-14 tygodni.

Podanie przezskórne (żel, krem, roztwór lub plaster):

- Żel, krem lub roztwór testosteronu: 50-100 mg na dobę.
- Plaster transdermalny z testosteronem: 2.5 – 7.5 mg na dobę.

- 1.11 Większość mężczyzn transpłciowych, którzy szukają interwencji medycznej, będzie również chciała poddać się operacji rekonstrukcji klatki piersiowej (mastektomii). Jednak większość mężczyzn transpłciowych nie będzie dążyć do operacji rekonstrukcji narządów płciowych (falloplastyka lub metoidioplastyka) z powodu wysokiego wskaźnika powikłań, kosztów (w krajach, gdzie nie jest to częścią powszechnej opieki zdrowotnej) oraz potencjału do wielu operacji.
- 1.12 Wytyczne dotyczące leczenia osób transpłciowych wyrażały obawę o możliwe ryzyko złośliwych nowotworów w żeńskich tkankach rozrodczych wystawionych na długotrwałe działanie androgenów. Jest to jeden z powodów, dla których mężczyźni transpłciowi powszechnie decydowali się na histerektomię i oophorektomię na wczesnym etapie leczenia. Jednakże, ponieważ nie ma danych potwierdzających ryzyko raka, obserwuje się tendencję spadkową w częstotliwości takich operacji.

Strategie leczenia i typowe schematy dla kobiet transpłciowych

- 1.13 W przypadku kobiet transpłciowych, strategia polega na obniżeniu poziomu testosteronu w surowicy z zakresu męskiego do kobiecego. Choć bardziej inwazyjnym rozwiązaniem niż same środki farmakologiczne, najłatwiejszym sposobem osiągnięcia tego celu jest operacja usunięcia gonad (orchidektomia), która może być częścią operacji rekonstrukcji narządów płciowych (np. waginoplastyki) lub nie. Po niej następuje hormonalna terapia zastępcza estrogenem dostosowana do wieku, mająca na celu feminizację i ochronę zdrowia kości w dłuższej perspektywie.
- 1.14 W przypadku kobiet transpłciowych leczonych medycznie, typowe leczenie hormonalne składa się z suplementacji estrogenu oraz środka obniżającego lub blokującego androgeny.
- 1.15 Istnieje wiele opcji estrogenowych. Najpopularniejsze to 17 beta-estradiol i sprzężone estrogeny (choć te ostatnie nie są stosowane w Europie). W zależności od osoby, dawki mogą być od dwóch do czterech razy wyższe niż te typowo podawane kobietom po menopauzie. Dawki czasami muszą być jeszcze wyższe u osób z obecnymi jajnikami, aby obniżyć poziom testosteronu w surowicy do zakresu kobiecego.
- 1.16 Istnieją doniesienia, że zakrzepowość estrogenów może być zmniejszona, jeśli unika się podawania doustnego. Chociaż dane nie są potwierdzone, w niektórych krajach zaleca się stosowanie estrogenów transdermalnych i iniekcyjnych. Podczas gdy estradiol transdermalny jest łatwy do monitorowania, estradiol iniekcyjny jest trudniejszy do monitorowania niż estrogeny doustne. Najsilniejsze dane dotyczące estrogenów odnoszą się do zwiększonej zakrzepowości specyficznie z doustnym etynyloestradiolem. Dlatego obecne wytyczne odradzają jego stosowanie na rzecz innych dostępnych środków.

- 1.17 Jednym z antyandrogenów jest spironolakton, stosowany ze względu na jego długoterminowy profil bezpieczeństwa, wynikający z 50-letniej historii jako diuretyk oszczędzający potas, stosowany w leczeniu nadciśnienia. Stosuje się dawki wyższe niż te wymagane do kontroli ciśnienia krwi, przy czym dawki około 200 mg/dzień nie są rzadkością, a dawki nawet do 400 mg/dzień są czasami obserwowane (w podzielonych dawkach, jeśli jest to konieczne dla tolerancji pacjenta).
- 1.18 Innym powszechnie stosowanym antyandrogenem jest octan cyproteronu. Octan cyproteronu jest w niektórych krajach droższy niż spironolakton, a w niektórych krajach w ogóle nie jest dostępny. Ostatnio octan cyproteronu został powiązany z niewielkimi podwyższeniami poziomu prolaktyny, nieobserwowanymi przy innych środkach obniżających androgeny.
- 1.19 Trzecim antyandrogenem jest depotowa terapia agonistami GnRH, stosowana u transpłciowych dzieci zgodnie ze schematami typowymi dla przedwczesnego dojrzewania. Jednakże terapia agonistami GnRH może być również bardzo skuteczna w obniżaniu poziomu testosteronu w surowicy u dorosłych transpłciowych kobiet. Brak jest długoterminowych danych dotyczących bezpieczeństwa terapii GnRH u takich pacjentów. Jej zastosowanie jest dodatkowo ograniczone przez to, że jest znacznie droższa niż spironolakton czy octan cyproteronu, a także podawana pozajelitowo, podczas gdy pozostałe dwa są podawane doustnie.
- 1.20 Niektóre transpłciowe kobiety mogą również stosować finasteryd, lek blokujący androgeny, który jest inhibitorem 5 α -reduktazy i (między innymi) ma na celu łagodzenie łysienia typu męskiego.
- 1.21 Typowe schematy leczenia dla kobiet transpłciowych:

Estrogen

Podanie transdermalne:

- Plaster transdermalny z estradiolem: 0.025 – 0.2 mg/dzień (nowy plaster nakładany 1-2 razy w tygodniu)
- Żel z estradiolem: 1-2 mg/dzień

Podanie pozajelitowe (zastrzyki domięśniowe):

- Walerynian lub cypionian estradiolu: 2-30 mg domięśniowo co 1-2 tygodnie
- Poliestradol fosforan: 80 mg co 3-4 tygodnie

Podanie doustne:

- Estradiol: 2.0 – 8.0 mg/dzień
- Sprzężone estrogeny: 2.5 – 10.0 mg/dzień

Środki obniżające lub blokujące testosteron:

- Spironolakton: 100-400 mg/dzień
- Octan cyproteronu: 25-50 mg/dzień

- Agonista GnRH: 3.75-11.25 mg podskórnice (SC) co miesiąc (często stosuje się również schematy z dłuższymi interwałami)
- Finasteryd: 1-5 mg/dzień

- 1.22 Wiele kobiet transpłciowych uzupełnia leczenie medyczne o operacje potwierdzające płeć, takie jak:
- (1) operacje feminizacji twarzy (szczególnie poszukiwane przez transpłciowe kobiety dokonujące tranżycji w późniejszym wieku, po dłuższej ekspozycji na męskie poziomy androgenów);
 - (2) operacja powiększenia piersi; oraz
 - (3) chirurgia rekonstrukcji narządów płciowych.

Chociaż często skupiano się na operacji narządów płciowych jako na kluczowej operacji potwierdzającej płeć, osoby transpłciowe wykazują dużą różnorodność w wyborach chirurgicznych. Co ważne, może być poszukiwanych mniej operacji niż wcześniej oczekiwano, a wyższy priorytet niż powszechnie doceniany może być przykładany do widocznych operacji, takich jak procedury feminizacji twarzy i powiększania piersi, a nie do operacji narządów płciowych

Monitorowanie leczenia medycznego

Monitorowanie transpłciowych mężczyzn

- 1.23 Jedną z obaw związanych z terapią testosteronem jest wzrost hematokrytu (z możliwym zwiększonym ryzykiem zakrzepicy). To ryzyko jest największe przy nadmiernych dawkach testosteronu. Pacjenci mogą być również proszeni o zwracanie uwagi na zmiany nastroju.
- 1.24 Typowy schemat monitorowania obejmuje wskazane badanie kliniczne, w tym pomiar ciśnienia krwi i badania laboratoryjne, co 3 miesiące przy wprowadzaniu zmian w schemacie leczenia, a następnie co 6-12 miesięcy później. Zazwyczaj monitorowanie obejmuje pomiar stężenia testosteronu w surowicy (w celu określenia skuteczności terapii), hematokrytu i profilu lipidowego.
- 1.25 Badania przesiewowe w kierunku nowotworów muszą obejmować wszystkie obecne części ciała, niezależnie od tego, czy są one związane z jedną płcią, czy z drugą (na przykład, cytologia i mammografia dla mężczyzn transpłciowych, którzy nadal mają odpowiednio szyjkę macicy i piersi).

Monitorowanie transpłciowych kobiet

- 1.26 Największym problemem związanym z terapią estrogenową jest zwiększone ryzyko zakrzepicy, które może prowadzić do zakrzepicy żył głębokich, zatorowości płucnej lub udaru. Nie ma danych dotyczących innych problemów zdrowotnych zależnych od estrogenu, chociaż wielu praktyków monitoruje klasyczne wartości laboratoryjne wrażliwe na estrogen, w tym prolaktynę.

- 1.27 Terapia antyandrogenowa wszelkiego rodzaju może skutkować spadkiem libido. Spironolakton jest diuretykiem oszczędzającym potas, co oznacza, że u wrażliwych osób może wystąpić nieakceptowalny wzrost poziomu potasu.
- 1.28 Zazwyczaj monitorowanie schematów hormonalnych u transpłciowych kobiet obejmuje pomiar stężenia testosteronu w surowicy (w celu określenia sukcesu terapii), poziomu estrogenu (estradiolu), prolaktyny i potasu (jeśli stosowany jest spironolakton). Typowy schemat monitorowania obejmuje wskazane badanie kliniczne i badania laboratoryjne co 3 miesiące przy wprowadzaniu zmian w schemacie, a następnie co 6-12 miesięcy.
- 1.29 Badania przesiewowe w kierunku nowotworów muszą obejmować wszystkie obecne części ciała, niezależnie od tego, czy są one związane z jedną płcią, czy z drugą (w tym nadzór w kierunku raka prostaty nawet u transpłciowych kobiet, które przeszły operację rekonstrukcji narządów płciowych).

Literatura i inne źródła:

- 1.30. Poniżej wypisano przykładowe pozycje uzupełniające poruszane zagadnienia, z którymi mogą zapoznać się osoby zainteresowane tą tematyką:
- Fung et al, Differential Effects of Cyproterone Acetate vs Spironolactone on Serum High-Density Lipoprotein and Prolactin Concentrations in the Hormonal Treatment of Transgender Women, J Sex Med 2016; 13: 1765e1772
 - Hembree et al, Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, J Clin Endocrinol Metab, November 2017, 102 (11):1-35
 - Irwig, Testosterone therapy for transgender men, Lancet Diabetes Endocrinol. 2017; Apr;5(4):301-311
 - Kailas et al, Prevalence And Types Of Gender-Affirming Surgery Among A Sample Of Transgender Endocrinology Patients Prior To State Expansion Of Insurance Coverage, Endocr Pract. 2017; 23
 - Mamoojee, Yaasir et al, Transgender hormone therapy: understanding international variation in practice, The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 5, Issue 4, p243-246, April 2017.
 - Saraswat et al, Evidence Supporting the Biologic Nature of Gender Identity, Endocr Pract. 2015; 21: 199-204
 - "Standardy Opieki" wydane przez Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH), dostępne na stronie internetowej: www.wpath.org
 - www.uptodate.com/contents/transgender-men-evaluation-and-management
 - www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management

2. Wytyczne dotyczące monitorowania poziomu testosteronu w surowicy u transpłciowych kobiet-sportowców do celów kwalifikacyjnych.

- 2.1 Jak wspomniano wcześniej, w przypadku kobiet transpłciowych istnieje kilka różnych strategii leczenia mających na celu obniżenie poziomu testosteronu w surowicy z zakresu męskiego do kobiecego (najbardziej definitywną jest operacja usunięcia gonad). Typowy kliniczny reżim monitorowania został szczegółowo opisany powyżej.
- 2.2 Do celów kwalifikacyjnych, Regulacje Transpłciowe uprawniają UCI do monitorowania zgodności sportowca z Warunkami Kwalifikowalności Kobiet Transpłciowych w dowolnym momencie, z lub bez uprzedzenia, poprzez losowe lub ukierunkowane testy poziomu testosteronu w surowicy sportowca, lub za pomocą wszelkich innych odpowiednich środków.
- 2.3 Programy monitorowania będą z konieczności wysoce zindywidualizowane i specyficzne dla okoliczności danego przypadku. Powinny być one ustalane przy wsparciu endokrynologa/ginekologa lub lekarza przepisującego hormony, posiadającego doświadczenie w tej dziedzinie. Szczególne czynniki do rozważenia mogą obejmować:
- Czy sportowiec jest przed, czy po okresie dojrzewania
 - Czy sportowiec przeszedł orchidektomię.
 - Rodzaj leczenia medycznego stosowanego przez sportowca. Na przykład, sportowiec po orchidektomii może wymagać jedynie ograniczonego monitorowania. Sportowcy stosujący codzienne leki estrogenowe (doustne, transdermalne), które mają krótkotrwałe działanie supresyjne na testosteron, mogą wymagać nieplanowanych testów od czasu do czasu, natomiast implanty estradiolu o przedłużonym działaniu wymagają mniejszego nadzoru ze względu na ich dłuższy czas działania. Podobnie, sportowcy stosujący codziennie doustny spironolakton lub octan cyproteronu w postaci doustnych kapsułek, prawdopodobnie będą musieli być monitorowani ściślej niż sportowcy stosujący depotowe agoniści hormonu uwalniającego gonadotropiny (GnRH) podawane co 1-3 miesiące.
 - Fizjologiczne wymagania sportu i prawdopodobny wpływ testosteronu na poprawę wyników.
 - Inne informacje zebrane w trakcie ustalania i utrzymywania kwalifikowalności (na przykład, wszelkie dowody nieprzestrzegania zaleceń dotyczących leków, wcześniejsza utrata kwalifikowalności lub inne czynniki ryzyka).
- 2.4 W niektórych przypadkach, dane laboratoryjne uzyskane z rutynowej kontroli klinicznej sportowca mogą zapewnić akceptowalny lub wystarczający poziom monitorowania. W innych przypadkach może być wymagane dodatkowe monitorowanie.

3. Wytyczne dotyczące metody pomiaru poziomu testosteronu w surowicy do celów kwalifikacyjnych

- 3.1 Do celów Regulacji Transpłciowych, wszystkie pomiary poziomu testosteronu w surowicy muszą być przeprowadzane za pomocą chromatografii cieczowej sprzężonej ze spektrometrią mas (np. LC-MS/MS lub LC-HRMS). Metody te zapewniają znacznie lepszą swoistość niż tradycyjne metody immunologiczne.
- 3.2 Stosowana metoda musi być walidowana przez laboratorium przeprowadzające badanie, a także musi posiadać akredytację zgodną z międzynarodowymi normami ISO/IEC-17025 lub 15189, udzieloną przez uznaną jednostkę akredytującą, która jest pełnoprawnym członkiem International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC). Te wymogi mogą być spełnione zarówno przez laboratoria kliniczne, jak i przez laboratoria akredytowane przez WADA.
- 3.3 Stosowana metoda musi spełniać kryteria wydajności analizy, w tym niepewność pomiaru (oszacowaną podczas walidacji metody na poziomach stężenia testosteronu bliskich progowi 2,5 nmol/L) nie większą niż 20%.
- 3.4 Wydajność metody musi być monitorowana poprzez udział laboratorium w odpowiednich programach badań biegłości (PT) i/lub programach zewnętrznej oceny jakości (EQAS).
- 3.5 Próbkę surowicy powinny być pobierane przy użyciu standaryzowanych procedur pobierania próbek (na przykład tych stosowanych do celów antydopingowych). Takie procedury mogą obejmować:
- Zaleca się pobieranie próbek rano (ponieważ stężenie testosteronu w surowicy spada w ciągu dnia).
 - Należy pobrać krew żylną, przy czym sportowiec powinien pozostać w normalnej pozycji siedzącej ze stopami na podłodze przez co najmniej dziesięć minut przed oddaniem próbki. Próbek nie należy pobierać w ciągu dwóch godzin od jakiegokolwiek wysiłku fizycznego.
 - Należy użyć probówki do pobierania zawierającej środek krzepnący i separator żelowy, np. BD Vacutainer SST-II Advance (wystarczy tylko jedna próbka, ale UCI może według własnego uznania zdecydować o pobraniu również próbki rezerwowej).
 - Próbka powinna być transportowana do laboratorium w stanie schłodzonym. Nie wolno dopuścić do zamarznięcia próbki, a temperatura powinna być utrzymywana w zakresie 2-12°C (idealnie 4°C). Należy użyć rejestratora temperatury do zapisywania temperatury próbki podczas transportu.
 - Próbka powinna dotrzeć do laboratorium w ciągu 48 godzin od pobrania. Po przybyciu do laboratorium próbka powinna zostać odwirowana tak szybko, jak to możliwe, i przechowywana zamrożona, jeśli nie może być natychmiast analizowana.

ZAŁĄCZNIK 1

Decyzja Komitetu Zarządzającego UCI podjęta na posiedzeniu w Lozannie w dniach 18-19 czerwca 2009 roku definiująca zakres zadań Komisji Medycznej UCI.

1. Mandat

- Doradzanie Komitetowi Zarządzającemu UCI we wszystkich medycznych aspektach związanych z kolarstwem i przedstawianie rekomendacji.
- Współpraca z innymi Komisjami UCI we wszystkich sprawach o charakterze medycznym.
- Formułowanie i publikowanie wytycznych dotyczących usług medycznych na imprezach kolarskich.
- Monitorowanie wdrażania Regulaminu UCI w zakresie bezpieczeństwa sportowego i warunków.
- Monitorowanie usług medycznych podczas Mistrzostw Świata.
- Pomoc w edukacji medycznej trenerów i lekarzy.
- Pomoc sportowcom, trenerom, menedżerom drużyn i lekarzom drużyn w zapobieganiu dopingowi, szczególnie w odniesieniu do konsekwencji zdrowotnych.

W ramach swojego mandatu i budżetu, Komisja może:

- Współpracować z innymi federacjami sportowymi i medycznymi organami zarządzającymi we wszystkich aspektach związanych z kwestiami zdrowotnymi w kolarstwie.
- Wspierać wymianę informacji o charakterze medycznym, które dotyczą kolarstwa.
- Badać i promować zapobieganie urazom sportowym i chorobom.
- Studiować, monitorować i upubliczniać biologiczne aspekty treningu.
- Sponsorować, wspierać lub organizować spotkania medyczne, które są korzystne dla bezpieczeństwa w kolarstwie.
- Dostarczać informacji w formie publikacji.
- Dokumentować literaturę związaną z fizjologią wysiłku, medycyną sportową i biomechaniką.

2. Przepisy pomocnicze

- Art. 69 Konstytucji UCI
- Część 13 Regulaminu Kolarskiego

ZAŁĄCZNIK 2

Minimalny wymagany sprzęt medyczny (zgodnie z art. 13.4.019)

Wypożyczenie powinno obejmować co najmniej:

1. Centralny punkt medyczny

- Nosze transportowe z opcją stabilizatora kręgosłupa (nosze podbierakowe, materac próżniowy).
- Przenośny respirator.
- Sprzęt do wentylacji.
- Sprzęt do aspiracji.
- Sprzęt do intubacji.
- Monitor EKG i defibrylator.
- Pulsoksymetr.
- Kołnierze ortopedyczne (ortezy na szyję).
- Aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop.
- Leki resuscytacyjne i leki przeciwbólowe/płyny do kroplówek dożylnych.
- Sprzęt i leki pierwszej pomocy.

2. Jednostki pierwszego reagowania (w tym motocykl, jeśli to właściwe):

- Zestaw podtrzymujący czynności życiowe (ALS) zawierający sprzęt do intubacji, roztwory infuzyjne, materiały do podawania leków.
- Mechaniczne respiratory tlenowe i pulsoksymetria.
- Sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi.
- Glukometr.
- Leki dożylnie.
- Defibrylator.
- Walizka zawierająca materiały do szycia ran, bandaże.

3. Karetka pogotowia

- Nosze transportowe z opcją stabilizatora kręgosłupa (nosze podbierakowe, materac próżniowy).
- Przenośne respiratory tlenowe.
- Sprzęt do wentylacji.
- Sprzęt do intubacji.
- Sprzęt do aspiracji.
- Monitor EKG i defibrylator.

- Pulsoksymetr.
- Aparat do kroplówek dożylnych.
- Aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop.
- Szyny i sprzęt do unieruchamiania kończyn i kręgosłupa (w tym kołnierze ortopedyczne i ortezy na szyję).
- Sprzęt do tracheotomii.
- Sprzęt i leki pierwszej pomocy.

4. Medyczny helikopter

Wyposażony zgodnie z lokalnymi normami krajowymi.