



ŽIADOSŤ O UDELENIE TERAPEUTICKEJ VÝNIMKY (TUE)
THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS APPLICATION (TUE)

Prosím, vyplňte všetky časti na stroji alebo čitateľne paličkovým písmom!
Please complete all sections in capital letters or typing !

1. Informácie o športovcovi 1. Athlete information

Priezvisko:	Meno:
<i>Surname</i>	<i>Given name(s)</i>
Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/>	Dátum narodenia (deň /mesiac /rok):.....
<i>Female</i> <input type="checkbox"/> <i>Male</i> <input type="checkbox"/>	<i>Date of birth (day /month /year)</i>
Adresa PSČ:	Mesto:
<i>Address</i> <i>Post code</i>	<i>City</i>
Ulica, číslo domu:	Krajina:
<i>Street, number of house</i>	<i>Country</i>
Telefónne číslo:	E-mail:
<i>s medzinárodnou predvoľbou Telephone number & international code</i>	
Šport:	Disciplína /pozícia:
<i>Sport</i>	<i>Discipline /position</i>
Národná športová organizácia:	
<i>National sport organization</i>	
V prípade zdravotného postihnutia vyjadriť formu: <i>If athlete with disability, indicate disability</i>	

2. Lekárska správa 2. Medical information

Diagnóza ochorenia alebo stavu a adekvátne lekárske podklady (pozri poznámku 1):
Diagnosis of disease or medical condition and sufficient medical information (see note 1):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ak pre liečbu zdravotného stavu môže byť použitý povolený liek, uveďte oprávnené dôvody na použitie lieku obsahujúceho zakázanú látku:
If permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited substance:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



3. Údaje o liečbe 3. Medication details

Liek č. Drug No.	1.	2.	3.	4.
Zakázaná (účinná) látka - generický názov <i>Prohibited substance - generic name</i>				
Farmaceutický názov lieku <i>Pharmaceutical name of drug</i>				
Spôsob podávania (p.o., i.v., s.c., i.a., inhal., paratendin.,...) <i>Route of use</i>				
Obdobie podávania (jednorázovo /dlhodobo /isté obdobie) <i>Period of use (once /long time /period)</i>				
Dátum podania /začiatok užívania <i>Date of use / beginning of use</i>				
Frekvencia podávania (okamžite/ denne / podľa potreby / v týždni,...) <i>Frequency of use (immediately / daily / as needed / per week,...)</i>				
Množstvo látky v jednotlivej dávke: <i>Amount of substance in one dose</i>				
Dávkovanie (na deň) <i>Dosing (per day)</i>				
Sezonalita podávania (stále, jar, VII.-X.,...) <i>Use during the year (always, spring, VII.- X,...)</i>				

Žiadali ste už niekedy o udelenie TUE?

Have you submitted any previous TUE application?

Áno Nie

Pre aké lieky?

For which substances?

Ktorú antidopingovú organizáciu?

To which anti-doping organisation?

Kedy:

When?

Rozhodnutie:

Decision

Povolené

Approved

Zamietnuté

Not approved

4. Prehlásenie lekára

4. Medical practitioner's declaration

Potvrdzujem, že horeuvedené lieky sú predpísané ako správna liečba pre uvedený zdravotný stav. Potvrdzujem, že užívanie iných liekov, ktoré neobsahujú zakázané látky, by nebolo dostatočné pre liečbu uvedeného zdravotného stavu.

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.

Meno lekára:

Name of medical practitioner

Špecializácia:

Medical speciality

Adresa:

Address

Telefónne číslo:

Telephone number

Faxové číslo:

Fax number

E-mail:.....

Dátum:.....

Date

Podpis a pečiatka lekára:.....

Signature and stamp of medical practitioner



5. Odporúčanie národného športového zväzu 5. Recommendation of national sport federation

Národný športový zväz:.....

National sport federation:

v zmysle Zákona č. 300/2008 o organizácii a podpore športu podľa §20 Používanie dopingových látok na liečebné účely, ods. (2) odporúča povoliť použitie dopingovej látky vyjadrenej v tejto žiadosti (časť 3. Údaje o liečbe) na liečebné účely v súlade so Svetovým antidopingovým kódexom 2009:

Recommendation of national sport federation according to national legislation and World Anti-Doping Code 2009:

Dátum: **Podpis štatutárneho zástupcu:**.....
Date Statutory representative's signature

6. Prehlásenie športovca 6. Athlete's declaration

Ja,týmto prehlasujem, že informácie uvedené v bode č.1 a č.3 sú presné, a súčasne žiadam o súhlas na použité látky alebo metódy zo Zoznamu zakázaných látok a metód WADA. Súhlasím s poskytnutím informácií o svojom zdravotnom stave TUEC (Komisia pre terapeutické výnimky) ADA SR, príslušným orgánom WADA TUEC a prípadne iným antidopingovým organizáciám podľa Kódexu. Som uzromzený s tým, že pokiaľ budem chcieť zrušiť právo TUEC ADA SR alebo WADA TUEC na získavanie informácií o mojom zdravotnom stave, musím o tejto skutočnosti písomne informovať lekára.

I,certify that the information under 1. and 3 are accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited list. I authorize the release of personal medical information to the SADA as well as to WADA staff and to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) as well as to other Anti-Doping Organizations under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of the SADA TUEC or WADA TUEC to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner in writing of that fact.

Dátum: **Podpis športovca:**.....
Date Athlete's signature

Dátum: **Podpis rodiča:**
Date alebo zákonného zástupcu Parent's /Guardian's signature

V prípade, že sa jedná o športovca neplnoletého alebo postihnutého tak, že mu postihnutie znemožňuje podpis tohto dokumentu, je vyžadovaný podpis rodiča alebo zákonného zástupcu, ktorý jedná v mene športovca.

If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete.

7. Poznámka č.1 7. Note No. 1

Nálezy potvrdzujúce diagnózu musia byť priložené k žiadosti. Lekárska správa musí obsahovať osobnú anamnézu, výsledky všetkých príslušných vyšetrení, laboratórnych vyšetrení a použitých zobrazovacích metód. Kópie originálnych správ je potrebné priložiť. Rovnako je potrebné dodržať čo najväčšiu objektivitu pri posudzovaní klinických stavov a v prípade príznakov, ktoré nemožno demonštrovať, je vhodné uviesť názor nezávislého odborníka - lekára.

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included, when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

Neúplné a nečitateľné žiadosti budú vrátené k doplneniu!

Incomplete or unreadable applications will be returned to be completed.

Kompletne vyplnenú žiadosť pošlite Antidopingovej agenúre SR a kópiu si ponechajte.

Please submit the completed form to the SADA and keep a copy for your records.