



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 names</i>
Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/>	Dátum narodenia (deň /mesiac /rok):.....
<i>Female</i> <i>Male</i>	<i>Day 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</i> <i>Telephone number & international code</i>	
Šport:	Disciplína /pozícia
<i>Sport</i>	<i>Discipline /position</i>
Vyznačte príslušné zaradenie: <input type="checkbox"/> Som zaradený do registra pre testovanie medzinárodnej športovej federácie <i>Please mark the appropriate box: I am part of an International Federation Registered Testing Pool</i>	
<input type="checkbox"/> Som zaradený do registra pre testovanie národnej antidopingovej organizácie <i>I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool</i>	
<input type="checkbox"/> Zúčastňujem sa podujatia medzinárodnej športovej federácie, pre ktoré je potrebné udelenie TUE v súlade s pravidlami medzinárodnej športovej federácie. <i>I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required.</i>	
Názov súťaže: <i>Name of competition:</i>	
<input type="checkbox"/> Žiadne z uvedeného <i>None of the above</i>	
Národná športová organizácia:	
<i>National sport organization</i>	
V prípade zdravotného handicapu udať:	
<i>If athlete with disability, indicate disability</i>	

Žiadali ste už niekedy o udelenie TUE? <i>Have you submitted any previous TUE application?</i>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Pre aké lieky?		
<i>For which substances?</i>		
Ktorú antidopingovú organizáciu?	Kedy:	
<i>To which anti-doping organisation?</i>	<i>When?</i>	
Rozhodnutie:	Povolené <input type="checkbox"/>	Zamietnuté <input type="checkbox"/>
<i>Decision</i>	<i>Approved</i>	<i>Not approved</i>

2. Lekárska správa 2. Medical information

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:

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóza ochorenia alebo stavu a adekvátne lekárske podklady (pozri poznámku 1):

Diagnosis of disease or medical condition and sufficient medical information (see note 1):

.....

.....

.....

.....

.....

3. Údaje o liečbe 2. Medication details

Liek č. <i>Drug No.</i>	1.	2.	3.	4.
Zakázaná (účinná) látka - generický názov <i>Prohibited substance - generic name</i>				
Farmaceutický názov lieku <i>Pharmaceutic 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>				
Plánovaná dĺžka liečby (dni / roky) <i>Intended duration of treatment (days /years)</i>				
Frekvencia podávania (okamžite / denne / podľa potreby / v týždni,...) <i>Frequency of use (immediate / 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>				



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: **Špecializácia:**
Name of medical practitioner Medical specialty

Adresa:
Address

Telefónne číslo: **Faxové číslo:**
Telephone number Fax number

E-mail:.....

Dátum:..... **Podpis a pečiatka lekára:**.....
Date 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 3 sú presné, a súčasne žiadam o súhlas na použitie látky alebo metódy zo Zoznamu zakázaných látok a metód WADA. Súhlasím s poskytnutím informácií o svojom zdravotnom stave pre TUEC (Komisia pre terapeutické výnimky) ADA SR, personálu povereného WADA, príslušným orgánom WADA TUEC a prípadne iným komisiám pre terapeutické výnimky antidopingových organizácií a nimi poverenému personálu, ktoré majú právo na prístup k týmto informáciám podľa ustanovení Kódexu.

Som uzrozumený s tým, že moje informácie budú použité výhradne k spracovaniu mojej žiadosti o udelenie TUE a k prípadnému vyšetrovaniu porušenia antidopingového pravidla a vyvodzovania dôsledkov. Som uzrozumený s tým, že pokiaľ budem chcieť (1) získať viac vedomostí o použití mnou poskytnutých informácií; (2) využiť moje právo na prístup a opravu alebo (3) odvolanie práva uvedených organizácií na získanie informácií o mojom zdravotnom stave, musím o tejto skutočnosti písomne informovať môjho praktického lekára a ADA SR. Súhlasím a som uzrozumený s tým, že to môže byť potrebné pri informáciách, ktoré sa týkajú TUE a ktoré boli poskytnuté pred odvolaním môjho súhlasu a uchovanie ktorých je nevyhnutné pre účely dokazovania možného porušenia antidopingového pravidla.

Som uzrozumený s tým, že ak sa domnievam, že moje osobné informácie nie sú použité v súlade s týmto súhlasom a s medzinárodnou normou o ochrane súkromia a osobných údajov, môžem vyjadriť sťažnosť na WADA alebo CAS.

6. Prehlásenie športovca (pokračovanie) 6. *Athlete's declaration (continuing)*

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 authorised staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other Anti-Doping Organization TUECs and authorised staff that may have a right to this information under the provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information I can file a complaint to WADA or CAS.

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 nepnoletého 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 majú 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 shall 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 na doplnenie!

Incomplete or unreadable applications will be returned to be completed.

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

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