THERAPEUTIC USE EXEMPTION (TUE)
WNIOSEK & ZGŁOSZENIE

INSTRUKCJE

- Proszę przeczytać Sekcję 6 (Kodeks Anty-Dopingowy IPC) uważnie przed wypełnieniem poniższego formularza
- Informacje należy wpisać w języku angielskim drukiem lub napisać wyraźnie drukowanymi literami używając czarnego tuszu
- Nie należy zostawiać pustych miejsc oraz należy odpowiedzieć na wszystkie pytania.
- Sekcje 1 & 5 muszą zostać wypełnione przez zawodnika ubiegającego się o Zwolnienie związane z zastosowaniem do celów terapeutycznych (TUE)
- Sekcje 2, 3 & 4muszą zostać wypełnione przez lekarza zawodnika
- Nazwa generyczna/chemiczna substancji musi być zawarta dla wszystkich leków wymienionych we wniosku
- Sekcja 6 musi zostać wypełniona i podpisana przez Inspektora Medycznego / Przedstawiciela Medycznego Krajowego Komitetu Paraolimpijskiego (National Paralympic Committee - NPC)
- Wypełnione Wnioski TUE & Formularze powinny zostać wysłane przez NPC do Międzynarodowego Komitetu Paraolimpijskiego na adres:

Betsy Liebsch
Anti-Doping and Classification Manager
International Paralympic Committee
Adenauerallee 212-214
53113 Bonn
Germany
Fax: +49 228 2097 209
Email: andy.parkinson@paralympic.org

NIEKOMPLETNE WNIOSKI TUE & ZGŁOSZENIA NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE I ZOSTANĄ ZWROCONE DO NPC

1. INFORMACJE O ZAWODNIKU

Ubiegam się o zgodę Międzynarodowego Komitetu Paraolimpijskiego na użycie do celów terapeutycznych zabronionej substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego ☐

Zawiadamiam Międzynarodowy Komitet Paraolimpijski o stosowaniu wziewnych beta-2-agonistów oraz innym niż układowe stosowaniu glikokortykosteroidów ☐

Nazwisko: _____ **Imiona:**_____

Mężczyzna ☐ **Kobieta** ☐ **Data urodzenia (dd/mm/rr):** _____/_____/_____

Adres: _____

Miasto:_____ **Kraj:** _____ **Kod pocztowy:**_____

Numer telefonu (razem z prefiksem kraju): _____

Narodowy Komitet Paraolimpijski: _____

Sport:_____**Dyscyplina/Pozycja:**_____

Klasa/-y sportowa/-e np. S7, B1, T44 (jeżeli dotyczy):_____

Rodzaj niesprawności:

Amputacja	☐	Porażenie mózgowe	☐
Uraz Rdzenia Kręgowego	☐	Upośledzenie umysłowe	☐
Ślepota/niedowidzenie	☐	Inne*	☐

*Proszę sprecyzować_____

Czas trwania niesprawności: _____/_____
Lata Miesiące

2. SZCZEGÓŁY DOT. TERAPII / LEKÓW (DRUKIEM)

Proszę upewnić się, że wyłącznie substancje z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego wyszczególniono w tej części (patrz Przypis 2)

Nazwa handlowa	Nazwa generyczna	Dawka	Droga podania	Częstość podawania
1.				
2.				
3.				
Przewidywana długość powyższego planu leczniczego				

Diagnoza Zawodnika (Patrz Przypis 3)

_____

_____

_____

_____

Powody dla nie przepisania alternatywnych terapii, jeżeli takie istnieją (patrz Przypis 4):

_____

_____

_____

_____

3. INFORMACJE DODATKOWE

Proszę przedstawić uzasadnienie diagnozy oraz konieczności zastosowania substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego (patrz Przypis 3 & 4).
Gdzie jest to niezbędne należy dołączyć informacje dodatkowe.

_____

_____

_____

_____

4. DEKLARACJA LEKARZA

Imię i Nazwisko Lekarza : _____

Kwalifikacje & Specjalizacja (Przypis 1): _____

_____

Adres: _____

Miasto:_____ **Kraj:** _____ **Kod pocztowy:**_____

E-mail address: _____

Tel. Praca:_____ **Tel. Dom:** _____

Komórkowy:_____ **Fax:**_____

_____zaświadczam, że wymienione substancje u wymienionego zawodnika były / są stosowane jako właściwe postępowanie w zidentyfikowanym przypadku medycznym.

Podpis Lekarza:_____

Data:_____

5. DEKLARACJA ZAWODNIKA

Ja,_____zaświadczam, że informacje podane w sekcji 1. są prawdziwe oraz, że ubiegam się o zgodę na zastosowanie Substancji lub Metod z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego. Wyrażam zgodę na udostępnienie osobistej dokumentacji medycznej IPC, włączając w to Komitet ds. Zwolnień związanych z zastosowaniem do celów terapeutycznych (TUEC), jak również personel WADA, WADA TUEC oraz jakiekolwiek inne Organizacje Anty-Dopingowe (ADO) podlegające Kodeksowi Anty-Dopingowemu IPC. Rozumiem, że jeżeli kiedykolwiek zechcę odwołać prawo dane IPC TUEC lub WADA TUEC do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia w moim imieniu, muszę o takim fakcie zawiadomić mojego lekarza oraz IPC na piśmie.

Jestem świadomy, że wniosek o TUE wymaga przetworzenia wszelkich danych dotyczących wniosku (przesyłanie, ujawnienie, użytkowanie i przechowywanie) przez System ADAMS (Anti-Doping Administration Management System). Jeżeli dojdzie do przyznania TUE, rozumiem i zgadzam się na elektroniczne przechowywanie takiego TUE oraz informacji z nim związanych przez minimalny okres ośmiu (8) lat jako, że wspomniany okres ośmiu lat jest czasem w ciągu jakiego może zostać rozpoczęte postępowanie w sprawie dotyczącej złamania przepisów anty-dopingowych zawartych w Kodeksie. WADA, ADO oraz TUEC nie będą ujawniać żadnych informacji związanych z moim TUE innym osobom, niż te w obrębie organizacji, którym zgodnie z zapisami Kodeksu powinno się udzielić niezbędnych informacji.

Rozumiem, że mogę odmówić/odwołać swoją zgodę na przetwarzanie danych związanych z moim TUE przez ADAMS. Rozumiem także, że jako następstwo takiego braku/odmowy zgody, mogę w niektórych przypadkach, nie otrzymać zgody na TUE lub odnowienia przyznanego wcześniej TUE.

Przez podpisanie tej deklaracji, przyznaję, że zostałem poinformowany i wyrażam swoją zgodę na wspomniane przetwarzanie danych. Niniejszym zwalniam IPC, WADA a także ADO i Komitety TUE z odpowiedzialności wobec wszelkich żądań, roszczeń, odpowiedzialności, szkód, kosztów i wydatków jakie mogą się pojawić w związku z przetwarzaniem danych związanych z moim TUE przez ADAMS.

Rozumiem, że stosowanie jakiejkolwiek substancji zabronionej podczas lub poza konkurencją wiąże się z ryzykiem popełnienia wykroczenia przeciwko przepisom anty-dopingowym, dopóki 1) IPC lub odnośne ADO nie otrzyma kompletnego formularza oraz 2) zostanie mi przyznana i otrzymam na piśmie zgodę na zastosowanie wspomnianej substancji.

Podpis Zawodnika:_____ **Data:**_____

Podpis Rodzica/Opiekuna*: _____ **Data:**_____
(*Jeżeli zawodnik jest niepełnoletni lub obciążony jest niepełnosprawnością uniemożliwiającą podpisanie tego formularza, rodzic lub opiekun złoży podpis wraz z zawodnikiem, lub w jego imieniu)

6. INFORMACJE DOTYCZĄCE NPC

Całość korespondencji dotyczącej powyższego wniosku TUE będzie kierowana do Inspektora Medycznego / Kontroli Dopingowej odnośnego NPC, jak podano poniżej (patrz Przypis 5):

Inspektor Medyczny / Kontroli Dopingowej NPC: _ _____

Podpis: _____**Data:**_ _____ ____

Tel.:_____ **Fax:**_____

E-mail: _____

7. PRZYPISY

Przypis 1	**Imię, Nazwisko, Kwalifikacje & Specjalizacja** Na przykład: Dr Jan Kowalski, lek. med., gastro-enterolog
Przypis 2	**Szczegóły dot. terapii / leków** Proszę przedstawić szczegóły dotyczące substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego dla których występuje się o zgodę na stosowanie. Należy podać nazwy generyczne / chemiczne oraz handlowe, dawkę, drogę podania, częstość i długość trwania terapii.
Przypis 3	**Diagnoza** Uzasadnienie potwierdzające diagnozę, koniecznie w języku angielskim, musi zostać załączone i wysłane wraz z wnioskiem. Medyczne uzasadnienie winno zawierać pełny opis historii choroby oraz wyniki wszelkich odpowiednich badań, testów laboratoryjnych, badań obrazowych etc. Tam gdzie jest to możliwe winny zostać załączone kopie oryginalnych dokumentów / listów. Uzasadnienie powinno być tak obiektywne na ile jest to możliwe w warunkach klinicznych, a w przypadkach schorzeń nie demonstrujących się w sposób ewidentny niezależna podtrzymująca opinia medyczna będzie popierać wniosek.
Przypis 4	**Medyczne Uzasadnienie** Jeżeli w terapii schorzenia danego zawodnika możliwe jest zastosowanie dozwolonego leku, to w takiej sytuacji należy przedstawić kliniczne uzasadnienie użycia substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego. Oświadczenie w języku angielskim, potwierdzające konieczność zastosowania Zabronionej Substancji lub Zabronionej Metody oraz opisujące dlaczego alternatywny, dozwolony lek nie może lub nie mógł być użyty w terapii określonego przypadku, winno być wydane przez lekarza o odpowiednich kwalifikacjach. Próby stosowania nie zabronionych terapii winny być odnotowane.
Przypis 5	**Inspektor Medyczny NPC** Wszystkie wnioski muszą zawierać opinię Inspektora Medycznego NPC Zawodnika, poświadczającą konieczność zastosowania w terapii sportowca substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego.