



Изузеци за терапеутску употребу - ТУЕ Therapeutic Use Exemptions - TUE

Молимо Вас да испуните формулар великим словима или штампањем
Please complete all sections in capital letters or typing

1. Информације о спортисти Athlete Information

Презиме: Surname: _____	Име: Given Names: _____	
Женско <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Мушко <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/>	Датум рођења (д.м.г): Date of Birth (d.m.y): _____
Адреса: Address: _____		
Град: Town: _____	Држава: Country: _____	Поштански фах: Postcode: _____
Телефон: (са међународним кодом) Phone: _____ e-mail: _____ (with international code)		
Спорт (и позиција): Sport (and position): _____		
Међународна или национална спортска организација: International or National Sporting Organization: _____		
Izaberi neke od ponudjenih stavki: Please mark the appropriate box:		
<input type="checkbox"/> Ја сам члан регистроване тест групе интернационалне федерације I am part of an International Federation Registered Testing Pool		
<input type="checkbox"/> Ја сам члан националне регистроване тест групе I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool		
<input type="checkbox"/> Учествујем на такмичењу интернационалне федерације која сходно својим стандардима захтева пријаву ТУЕ. Име такмичења: I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required. Name of the competition: _____		
<input type="checkbox"/> Не припадам ничему што је претходно наведено None of the above		
Ако спортиста има инвалидитет, навести који: If athlete has disability, indicate disability: _____		

2. Здравствене информације Medical information

Дијагноза са довољном медицинском информацијом (видети напомену 1):
Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):

Ако дозвољен лек може да се користи за лечење наведеног стања, наведите
клиничко оправдање за коришћење недозвољеног лека

**СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL**

3. Детаљи о леку Medication details

Забрањене материје: ОПШТИ НАЗИВ Prohibited substance(s): Generic name	Доза Dosage	Количина Volume	Начин уноса Route	Учестаност Frequency
1.				
2.				
3.				

Планирана дужина терапије: (обележити одговарајући квадрат) Intended duration of treatment: (check appropriate box)	само једном <input type="checkbox"/>	случај нужде <input type="checkbox"/>
	once only или у трајању (недеља/месеци): or duration (week/month): _____	emergency

Да ли сте до сад подносили пријаву за TUE: Have you submitted any previous TUE application:	да <input type="checkbox"/> yes	не <input type="checkbox"/> no
За коју материју? For which substance? _____ Кога? To whom? _____ Одлука: Decision:	Одобрено <input type="checkbox"/> Approved	Када? When? _____ Није одобрено <input type="checkbox"/> Not approved

4. Изјава лекара Medical practitioner's declaration

Издајем уверење да је горе поменута терапија одговарајућа и да би коришћење алтернативног лека који није забрањен било неодговарајуће за дато здравствено стање. 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.	
Име и презиме: Name: _____	
Медицинска специјалност: Medical Speciality: _____	
Адреса: Address: _____	
Телефон: Phone: _____	Факс: Fax: _____
Е-mail: _____	
Потпис лекара опште праксе: Signature of Medical Practitioner: _____	Датум: Date: _____

СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL

5. Изјава спортисте Athlete's declaration

Ja, _____ тврдим да су информације у првом параграфу тачне и захтевам одобрење да користим супстанцу или методу из WADA⁽¹⁾ Листе забрањених супстанци. Сагласан сам да се све информације које се односе на захтев пренесу Одбору за одобравање изузетака за терапеутску употребу Антидопинг агенције Републике Србије, надлежној међународној спортској асоцијацији, Светској антидопинг агенцији, и по потреби другим независним медицинским или научним стручњацима, или свом потребном особљу Антидопинг агенције Републике Србије које је укључено у управљање, ревизију или жалбе везане за TUE; да TUE Одбор или Светска антидопинг агенција може прикупити здравствене информације у моје име од лекара који су укључени у моје збрињавање; да се одлуке TUE Одбора доставе Светској антидопинг агенцији и другим антидопинг организацијама у складу са Светским антидопинг кодексом и Правилником о одобравању терапеутских изузетака. Разумем да, чак и ако будем желео да опозovem право ових организација да добију моје здравствене информације у мом интересу, морам писмено обавестити свог доктора и своју Антидопинг агенцију о тој чињеници.

I, _____ certify that the information under 1. is 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 Therapeutic Use Exemption Committee of Anti Doping-Agency of Serbia (ADAS), to competent International federation, to WADA staff, to other independent medical or science experts, as well as to all other employees or staff members of ADAS. Also, I authorize Therapeutic Use Exemption Committee of ADAS and WADA to obtain my health information from my medical practitioners. I agree that Therapeutic Use Exemption Committee of ADAS inform WADA and other ADO about decision regarding my request, under the provisions of the Code and TUE regulation of ADAS. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and ADAS of that fact in writing.

Потпис спортисте:

Athlete's signature: _____

Датум:

Date: _____

Потпис родитеља/старатеља:

Parent's/Guardian's signature: _____

Датум:

Date: _____

(ако је спортиста малолетан или има инвалидитет који га онемогућава да потпише овај формулар, родитељ или старатељ ће потписати уз присуство или у име спортисте)

(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)

6. Напомена: Note:

Напомена 1	Дијагноза Доказ који потврђује дијагнозу мора бити приложен и послат са овом пријавом. Медицински доказ треба да садржи исцрпну здравствену историју и резултате свих релевантних прегледа, лабораторијских испитивања и снимака. У случајевима где је то могуће, треба приложити Копије оригиналних извештаја или дописа. Доказ треба да је објективан колико год је то могуће у погледу клиничких појединости а у случају недоказивих стања независна афирмативна стручна мишљења ће подржати ову пријаву.
Note 1	Diagnosis 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.

Непотпуне пријаве ће бити враћене, а потом ће бити неопходно накнадно их послати.
Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted.

Молимо Вас да доставите комплетну пријаву АДАС-у на email adresu test.grupa@adas.org.rs ili на faks и задржите за себе копију пријаве
Please submit the completed form to the ADAS email address test.grupa@adas.org.rs or fax and keep a copy for your records.

⁽¹⁾ World Anti-Doping Agency – Светска антидопинг агенција

СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL