

Zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions



Polska Agencja Antydopingowa

ul. Łazienkowska 6A
00-449 Warszawa, Polska
tel. +48 22 529 89 12, mail: biuro@antydoping.pl

Polish Anti-Doping Agency

Łazienkowska 6A Str.
00-449 Warszawa, Poland
tel. +48 22 529 89 12, mail: biuro@antydoping.pl

TUE

Wniosek o zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych Therapeutic Use Exemptions Application form

Proszę wypełnić drukowanymi literami lub pismem maszynowym!

Please complete all sections in printed letters or by typing!

1. Informacja o sportowcu

1. Athlete information

Nazwisko: Surname:		Imię/Imiona: Given name/names:					
Kobieta: Female:	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna: Male:	<input type="checkbox"/>	Data urodzenia: Date of birth:			
					Dzień/day	Miesiąc/month	Rok/year
Adres koresp.: Address:	Ulica/street:						
Kod pocztowy: Postcode:			Miasto: City:				
Państwo: Country:			Telefon: Phone:	Z numerem kierunkowym/with international code			
E-mail: E-mail:							
Sport: Sport:			Dyscyplina/stanowisko: Discipline/position:				
Międzynarodowa lub Krajowa Organizacja Sportowa: International or National Sport Organization:							
Jeśli zawodnik jest niepełnosprawny, proszę określić stopień niepełnosprawności: If athlete with disability, indicate disability:							

Zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions

3. Szczegóły leczenia

3. Medical details

Substancja/e zabroniona/e (nazwy międzynarodowe*) Prohibited substance(s) (generic name)	Dawka Dose	Droga podawania Route of administration	Schemat podawania Frequency	Czas podawania Duration of treatment
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

* Proszę podać również nazwę handlową, jeśli dawkowanie zależy od preparatu.

* If dosage depends on the drug, please specify trade name of the drug, too.

4. Oświadczenie lekarza

4. Medical practitioner's declaration

Potwierdzam, że wyżej wymienione leczenie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia oraz, że zastosowanie innego leku, który nie znajduje się na liście środków i metod zabronionych, nie byłoby wystarczające do leczenia stanu chorobowego zawodnika. I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.			
Imię i nazwisko: Given name and surname:			
Specjalizacja: Medical specialty:			
Adres: Address:		Ulica/street	
Tel.: Tel.:		Fax: Fax:	
E-mail: E-mail:			
Podpis lekarza: Signature of Medical Practitioner:		Data: Date:	Dzień/day Miesiąc/month Rok/year

Zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions

5. Wniosek ze skutkiem wstecznym

5. Retroactive application

Czy jest to wniosek ze skutkiem wstecznym? Is this a retroactive application?	Proszę podać uzasadnienie: Please indicate reason:
Tak: Yes: <input type="checkbox"/> Nie: No: <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, kiedy rozpoczęto leczenie? If yes, on what date was treatment started? _____	Konieczne było leczenie nagłego lub ostrego stanu chorobowego Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary <input type="checkbox"/>
	Z uwagi na inne wyjątkowe okoliczności nie było wystarczająco dużo czasu ani możliwości, aby złożyć wniosek przed pobraniem próbki Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection <input type="checkbox"/>
	Zgodnie z odpowiednimi przepisami wcześniejszy wniosek nie jest wymagany Advance application not required under applicable rules <input type="checkbox"/>
	Inne Other <input type="checkbox"/>
	Proszę wyjaśnić: Please explain: _____ _____ _____

6. Wcześniejsze wnioski

6. Previous applications

Czy wcześniej składano wniosek o zgodę na używanie substancji lub metod zabronionych w celach terapeutycznych? Have you submitted any previous TUE application:	Tak: Yes: <input type="checkbox"/>	Nie: No: <input type="checkbox"/>
Jeśli tak, to dla jakiej substancji? If yes, for which substance?		
Adresat wniosku: To whom:	Kiedy: When:	Dzień/day Miesiąc/month Rok/year
Decyzja: Decision:	Zgoda: Approved: <input type="checkbox"/>	Brak zgody: Not approved: <input type="checkbox"/>

7. Oświadczenie sportowca

7. Athlete's declaration

Ja,, potwierdzam, że informacje podane w punkcie 1. są dokładne oraz że wnioskuję o zezwolenie na używanie substancji lub metody zabronionej umieszczonej na Liście Zabronionych Substancji i Metod WADA. Wyrażam zgodę na ujawnienie informacji lekarskich dotyczących mojej osoby organizacji antydopingowej, a także pracownikom WADA i Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych WADA zgodnie z postanowieniami Kodeksu. Rozumiem, że jeśli kiedykolwiek będę chciał cofnąć prawo Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych organizacji antydopingowej lub Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych WADA na uzyskiwanie informacji na temat mego zdrowia, muszę powiadomić o tym fakcie na piśmie lekarza.

I,, certify that the information under point 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 Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. 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 my ADO in writing of that fact.

Podpis sportowca:

Athlete's signature:

Data:

Date:

Dzień/day

Miesiąc/month

Rok/year

Jeśli zawodnik jest niepełnoletni lub niepełnosprawny, a jego niepełnosprawność uniemożliwia mu podpisanie wniosku, podanie podpisuje rodzic lub opiekun prawny razem ze sportowcem lub w imieniu sportowca.

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.

Podpis rodzica/opiekuna:

Parent's/guardian's signature:

Data:

Date:

Dzień/day

Miesiąc/month

Rok/year

Uwagi, załączniki - Comments, attachments

Niekompletne wnioski zostaną zwrócone i będą musiały być złożone ponownie!

Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted!

Wypełniony formularz należy przesłać do organizacji antydopingowej, a jego kopię zachować.

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