

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 stosowanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions
Application form

Proszę wypełnić drukowanymi literami lub pismem maszynowym. Zawodnik wypełnia punkty 1, 5, 6 i 7. Lekarz wypełnia punkty 2, 3 i 4. Wnioski nieczytelne lub niekompletne zostaną zwrócone i będą musiały zostać złożone ponownie w czytelnej i kompletnej formie

Please complete all sections in printed letters or by typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form

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: | <small>Dzień/Day</small> | <small>Miesiąc/Month</small> | <small>Rok/Year</small> |
| Adres koresp.: Address: | <small>Ulica/street:</small> | | | | | | |
| Kod pocztowy: Postcode: | | | Miasto: City: | | | | |
| Państwo: Country: | | | Telefon: Phone: | <small>Z numerem kierunkowym/With international code</small> | | | |
| 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 niepełnosprawność: If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment: | | | | | | | |

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

Therapeutic Use Exemptions

2. Informacja medyczna

(jeśli to konieczne, proszę kontynuować na oddzielnej stronie)

2. Medical Information (continue on separate sheet if necessary)

| |
|--|
| Diagnoza: Diagnosis: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Jeśli może zostać zastosowany lek dozwolony, proszę podać medyczne uzasadnienie do zastosowania leku zawierającego substancję z listy zabronionej: If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication: |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--------------------------|---|
| <u>Komentarz:</u> | <p><i>Dokumentacja potwierdzająca diagnozę musi być załączona do wniosku i przesłana wraz z nim. Informacja medyczna musi zawierać pełną historię medyczną oraz wyniki wszystkich właściwych badań, w tym laboratoryjnych i obrazowych. Tam, gdzie to możliwe należy dołączyć kopie oryginalnych opisów medycznych lub dokumentów. Dokumentacja potwierdzająca powinna być jak najbardziej obiektywna w danych okolicznościach medycznych. W przypadku, gdy danego stanu nie da się jednoznacznie wykazać pomocna będzie niezależna opinia medyczna.</i></p> <p><i>WADA opracowała szereg wytycznych, mających pomóc lekarzom w przygotowaniu kompletnych i dokładnych wniosków o wyłączenie dla celów terapeutycznych (ang.: TUE). Wytyczne te można znaleźć wpisując termin „Medical information” (informacje medyczne) w polu wyszukiwania na stronie internetowej WADA: https://www.wada-ama.org. Wytyczne dotyczą diagnozowania i leczenia szeregu schorzeń, które często występują u sportowców i wymagają leczenia z użyciem substancji zabronionych.</i></p> |
| <u>Comment:</u> | <p><i>Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must 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. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.</i></p> <p><i>WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term “Medical Information” on the WADA website: https://www.wada-ama.org. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes and requiring treatment with prohibited substances.</i></p> |

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. | | | | |

4. Oświadczenie lekarza

4. Medical Practitioner's Declaration

Oświadczam, że informacje podane w pkt. 2 i 3 powyżej są prawdziwe i że wskazany powyżej sposób leczenia jest właściwy z medycznego punktu widzenia.

I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| 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 applications

| | |
|--|--|
| Czy jest to wniosek ze skutkiem wstecznym? Is this a retroactive application? | Proszę wybrać: Please choose one: |
| 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"/> |
| | Zasada słuszności (wymagana zgoda Światowej Agencji Antydopingowej oraz Polskiej Agencji Antydopingowej) Fairness (WADA and POLADA approval required) <input type="checkbox"/> Proszę wyjaśnić: Please explain: _____ _____ _____ |

6. Wcześniejsze wnioski

6. Previous applications

| | | | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------|---------------|----------|
| Czy wcześniej składano wniosek/wnioski o zgodę na używanie substancji lub metod zabronionych w celach terapeutycznych do jakiegokolwiek organizacji antydopingowej? Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO? | Tak: Yes: | <input type="checkbox"/> | Nie: No: | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dla jakiej substancji lub metody? For which substance or method? | | | | | | | |
| 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"/> | | | |

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

Therapeutic Use Exemptions

7. Oświadczenie sportowca

7. Athlete's declaration

Ja, _____ oświadczam, że informacje podane w punktach 1, 5 i 6 są prawdziwe. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i przekazanie dotyczących mnie informacji medycznych właściwej organizacji antydopingowej oraz uprawnionym pracownikom WADA, Komitetowi Wyłączeń dla Celów Terapeutycznych WADA (WADA TUEC) oraz komitetom TUE innych organizacji antydopingowych i ich upoważnionym pracownikom, którzy mogą mieć prawo dostępu do tych informacji na mocy Światowego kodeksu antydopingowego (dalej: „kodeks”) i/lub Międzynarodowego standardu wyłączeń dla celów terapeutycznych. Osoby te mają zawodowy lub wynikający z umowy obowiązek zachowania tych informacji w tajemnicy. Organizacje antydopingowe podlegają Międzynarodowemu Standardowi Ochrony Danych Osobowych, a POLADA przestrzega zasad ochrony danych osobowych określonych w przepisach RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE).

Wyrażam zgodę na przekazanie wyżej wymienionym osobom, przez mojego lekarza/lekarzy, wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, które uznają oni za niezbędne do rozpatrzenia mojego wniosku.

Przyjmuję do wiadomości, że dotyczące mnie informacje będą wykorzystane wyłącznie do rozpatrzenia mojego wniosku o TUE oraz w związku z dochodzeniami i postępowaniami dotyczącymi ewentualnego naruszenia przepisów antydopingowych. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli kiedykolwiek zechcę (1) uzyskać więcej danych na temat wykorzystania informacji o moim stanie zdrowia; (2) skorzystać z któregoś z przysługujących mi praw, takich jak prawo dostępu do tych informacji, ich sprostowania, ograniczenia, sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub ich usunięcia; albo też (3) cofnąć prawo tych organizacji do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia, muszę zgłosić ten fakt pisemnie mojemu lekarzowi oraz mojej organizacji antydopingowej. Skutkiem cofnięcia zgody na przetwarzanie danych jest odmowa udzielenia zgody na wyłączenie dla celów terapeutycznych. Przyjmuję do wiadomości i zgadzam się, że związane z TUE informacje przekazane przed cofnięciem mojej zgody na ich przetwarzanie mogą być w niezbędnych przypadkach zachowane w celu prowadzenia dochodzeń lub postępowania związanych z możliwym naruszeniem przepisów antydopingowych, jeżeli jest to wymagane kodeksem, standardami międzynarodowymi lub krajowymi przepisami antydopingowymi; lub też w celu złożenia, wykonania lub zabezpieczenia roszczenia prawnego dotyczącego mnie, WADA i/lub organizacji antydopingowej.

Wyrażam zgodę na przekazanie decyzji wydanej w sprawie niniejszego wniosku wszystkim organizacjom antydopingowym oraz innym organizacjom uprawnionym do wykonywania u mnie badań antydopingowych i/lub zarządzania wynikami tych badań.

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że odbiorcy dotyczących mnie informacji oraz decyzji w sprawie niniejszego wniosku mogą być podmiotami spoza kraju, w którym zamieszkuję. W niektórych takich krajach przepisy dotyczące ochrony danych oraz prywatności mogą być inne niż przepisy obowiązujące w kraju mojego zamieszkania. Przyjmuję do wiadomości, że dotyczące mnie informacje mogą być przechowywane w systemie ADAMS, prowadzonym przez WADA na serwerach w Kanadzie i że mogą one być przechowywane przez okres wskazany w Międzynarodowym standardzie ochrony prywatności i danych osobowych przyjętym przez WADA.

Przyjmuję do wiadomości, że jeśli uznaję, iż moje dane osobowe są wykorzystywane niezgodnie z niniejszą zgodą oraz z wyżej wymienionym standardem, to mam prawo złożyć skargę do WADA (privacy@wada-ama.org) lub do krajowego organu regulacyjnego odpowiedzialnego za ochronę danych osobowych w moim kraju.

Przyjmuję do wiadomości, że wyżej wymienionej podmioty mogą podlegać krajowym przepisom antydopingowym, które mogą mieć moc nadrzędną wobec wyrażonej przez mnie zgody, lub też innym obowiązującym przepisom, które mogą wymagać ujawnienia informacji krajowym sądom, organom ścigania lub innym organom publicznym. Więcej informacji na temat krajowych przepisów antydopingowych można uzyskać od właściwej federacji międzynarodowej lub krajowej agencji antydopingowej.

Informujemy, że Administratorem danych osobowych jest Polska Agencja Antydopingowa z siedzibą w Warszawie, przy ul. Łazienkowskiej 6a, 00-449 Warszawa.

W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób automatyzowany.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I hereby give my consent for my personal data to be processed and I authorize the release of personal medical information to the relevant Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation. **The relevant Anti-Doping Organization (ADO) are subject to the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information and POLADA is compliant with European Parliament's and Council of the European Union Regulation on the Protection of Natural Persons as of 27 April 2016, with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (GDPR).** I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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.

Refusal to provide data will result in the refusal to grant TUE approval. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. I understand that my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

We inform, that The Controller of your personal data is Polish Anti-Doping Agency, Łazienkowska 6A Str. 00-449 Warszawa, Poland

You have the right to lodge a complaint to the President of the Personal Data Protection Office.

The submitted data will not be subject to profiling.

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------|---------------|----------|
| Podpis sportowca: Athlete's signature: | Data: Date: | Dzień/Day | Miesiąc/Month | Rok/Year |
|--|-----------------------|-----------|---------------|----------|

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

Therapeutic Use Exemptions

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

If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her from signing this form, a parent or guardian shall sign with or on behalf of the Athlete

| | | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------|---------------|----------|
| Podpis rodzica/opiekuna: Parent's/guardian's signature: | | Data: Date: | Dzień/Day | Miesiąc/Month | Rok/Year |
|---|--|-----------------------|-----------|---------------|----------|

Wypełniony formularz proszę przesłać do organizacji antydopingowej za pomocą poczty elektronicznej i/lub tradycyjnej (a jego kopię należy zachować dla siebie).

Please submit the completed form to your anti-doping organisation either by e-mail and/or postal mail keeping a copy for your records.