



ŽÁDOST O UDĚLENÍ TERAPEUTICKÉ VÝJIMKY (TV)

Therapeutic *Use Exemptions (TUE) APPLICATION FORM*

Prosím, vyplňte všechny části velkými tiskacími písmeny nebo na psacím stroji/počítači. Sportovec vyplní části 1, 5, 6 a 7; lékař části 2, 3 a 4. Nečitelné či nekompletní žádosti budou vráceny a bude nutné je znovu podat čitelné a kompletní. *Please complete all sections in capital letters or 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. Informace o sportovci 1. Athlete Information

Příjmení: _____ <i>Surname</i>	Jméno: _____ <i>Given Names</i>	
Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> <i>Female Male</i>	Datum narození (den/měsíc/rok): _____ <i>Date of Birth (d/m/y)</i>	
Adresa: _____ <i>Address</i>		
Město: _____ <i>City</i>	Země: _____ <i>Country</i>	PSČ: _____ <i>Postcode</i>
Tel.: _____ (s mezinárodní předvolbou / <i>with International code</i>)		E-mail: _____
Sport: _____	Disciplína/Pozice: _____ <i>Discipline/ Position</i>	
Mezinárodní nebo národní sportovní organizace: _____ <i>International or National Sport Organization</i>		
Pokud jste zdravotně handicapovaný sportovec, uveďte, o jaký handicap se jedná: <i>If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment</i>		

2. Lékařská zpráva (pokračujte na zvláštním listu, pokud je třeba)

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

Diagnóza: <i>Diagnosis</i>

Pokud může být pro uvedenou diagnózu aplikován povolený lék, uveďte klinické zdůvodnění požadovaného použití zakázané medikace: <i>If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication</i>
--



Poznámka

Note

Diagnóza

Nálezy potvrzující diagnózu se přikládají k této žádosti (zároveň v angličtině nebo francouzštině). Lékařská zpráva musí obsahovat osobní anamnézu a výsledky všech příslušných vyšetření, laboratorních vyšetření a použitých zobrazovacích metod. Kopie originálních zpráv je třeba přiložit. Je třeba dodržet co možná největší objektivitu při zhodnocení klinických stavů a v případě příznaků, které nelze demonstrovat, uvést kladné vyjádření nezávislého lékaře.

Diagnosis

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence 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.

3. Podrobnosti medikace 3. Medication details

Zakázaná látka(y) Generický název Prohibited Substance(s): <u>Generic name</u>	Dávka: <i>Dose</i>	Způsob aplikace <i>Route of Administration</i>	Frekvence dávky <i>Frequency</i>	Doba léčby <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

4. Prohlášení lékaře 4. Medical practitioner's declaration

Potvrzuji, že informace výše uvedené v částech 2 a 3 jsou přesné a že výše uvedená látka(y) je předepsaná jako vhodná léčba pro uvedený zdravotní stav.

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

Jméno:
Name

Lékařská specializace:
Medical specialty

Adresa: _____
Address

Tel.: _____



Fax: _____

E-mail: _____

Podpis lékaře: _____
Signature of Medical Practitioner

Datum: _____
Date

5. Žádosti se zpětnou účinností 5. Retroactive applications

Jedná se o žádost se zpětnou účinností?
Is this a retroactive application?

Ano:

Yes

Ne:

No

Jestliže ano, kdy byla léčba zahájena?

If yes, on what date was treatment started?

Označte důvod podání žádosti:

Please indicate reason:

Podání léčiv při první pomoci nebo nezbytná léčba akutního zdravotního stavu

Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary

Kvůli mimořádným okolnostem nebylo dostatečně času či

příležitost podat žádost před odebráním vzorku

Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection

Žádost o TV nebyla požadována předem v souladu

s příslušnými pravidly

Advance application not required under applicable rules

Jiné *Other*

Uveďte jaké:

Please explain



6. Předchozí žádosti

6. Previous applications

Podával jste již dříve žádost o TV? Ano Ne

Have you submitted any previous TUE application(s)?

Jaké látky či metody se žádost týkala?

For which substance or method?

Komu? _____
To whom?

Kdy? _____
When?

Rozhodnutí:
Decision

Schváleno
Approved

Neschváleno
Not approved

7. Prohlášení sportovce

7. Athlete's declaration

Já, _____, prohlašuji, že informace uvedené v části 1, 5 a 6 jsou přesné. Souhlasím s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu Antidopingovému výboru ČR, příslušným orgánům WADA, Komisi pro terapeutické výjimky WADA, jiným KTV antidopingových organizací a příslušným orgánům, které k tomu mohou být oprávněny dle ustanovení Kodexu a/nebo Mezinárodního standardu pro terapeutické výjimky.

Souhlasím, aby můj lékař poskytl výše uvedeným orgánům informace o mém zdravotním stavu, které se budou jevit jako nezbytné pro posouzení a vyřízení mé žádosti.

Jsem srozuměn/a s tím, že tyto informace budou použity pouze pro účely posouzení mé žádosti o terapeutickou výjimku a pro šetření případného porušení antidopingových pravidel. Jsem srozuměn/a s tím, že pokud budu chtít (1) získat více informací o tom, jak je nakládáno s informacemi o mém zdravotním stavu; (2) uplatnit své právo na přístup a korekci těchto informací; nebo (3) zrušit právo těchto organizací na získávání informací o mém zdravotním stavu, musím o této skutečnosti písemně informovat svého lékaře a svou antidopingovou organizaci. Jsem srozuměn/a a souhlasím s tím, že bude-li to nutné, a to pouze pro případ stanovení eventuálního porušení antidopingových pravidel, může být použita informace vztahující se k udělení TV, kterou jsem poskytl/a ještě před zrušením svého souhlasu s poskytováním informací, jestliže je to dle Kodexu požadováno.

Souhlasím s tím, aby rozhodnutí, které se bude týkat této žádosti, bylo k dispozici všem antidopingovým organizacím nebo dalším organizacím, které mají pravomoc mě testovat či nakládat s výsledky testování.

Jsem srozuměn/a a akceptuji, že ti, kteří obdrží informace o mé osobě a o rozhodnutí, týkající se této žádosti, se mohou nacházet v jiné zemi, než ve které žiji. V některých těchto zemích nemusí být zákony na ochranu osobních dat a soukromí shodné s těmi, které jsou platné v mé zemi.



Jsem srozuměn/a s tím, že jestliže se budu domnívat, že mé osobní údaje nejsou používány v souladu s tímto souhlasem a s Mezinárodním standardem pro ochranu soukromí a osobních údajů, mohu podat stížnost k WADA nebo Sportovnímu arbitrážnímu soudu.

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the 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. 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 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 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 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.

Podpis sportovce: _____ **Datum:**
Athlete's signature Date

Podpis rodiče/zákon.zástupce: _____ **Datum:**
Parent's/Guardian's signature Date

(V případě, že se jedná o sportovce neplnoletého či handicapovaného tak, že mu tento handicap znemožňuje podpis tohoto dokumentu, žádost podepisuje rodič nebo zákonný zástupce jménem sportovce.

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

Kompletně vyplněnou žádost pošlete Antidopingovému výboru ČR na níže uvedenou adresu nebo mailem nebo prostřednictvím databázového systému ADAMS (ponechte si kopii)

Please submit the completed form to the Czech Anti-Doping Committee to the address below or by mail or via ADAMS (keeping a copy for your records)