



ANTI DOPING DANMARK

ANTI DOPING DENMARK

Ansøgning om dispensation til behandlingsmæssig anvendelse *Therapeutic Use Exemption Application Form*

1. Udøver information / *Athlete Information*

Efternavn, fornavn(e):.....
Surname, given names

Kvinde / *Female* Mand / *Male* Fødselsdato / *Date of Birth (d/m/y)*:

Adresse / *Address*:

Post nr. og by / *Zip code and city*.....: Land / *Country*:

Tlf. arb.:..... Tlf. hjem:..... Mobil.....
Tel. Work Tel. home Mobile

E-mail:

Idræt og idrætsgren:.....
Sport / Discipline

Specialforbund:.....
National Sport Organization

Til udøvere med handicap, opgiv handicap:.....
If athlete with disability, indicate disability

2. Medicinsk information / *Medical Information*

Diagnose inklusiv tilstrækkelig medicinsk information (Se note 1)
Diagnosis with sufficient medical information (See note 1)

.....
.....
.....
.....
.....

Vedlæg medicinske oplysninger som underbygger diagnosen og dokumentér behovet for det forbudte stof (dopingstof) som står på dopinglisten. *If a permitted medication can be used to treat medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication*

.....
.....
.....
.....

FORTROLIGT

3. Medicinering / Medical Details

Navn på præparat og det forbudte stof (dopingstof) <i>Prohibited substance</i>	Administrationsdosis <i>Dose of administration</i>	Administrationsform <i>Route of administration</i>	Doseringsinterval <i>Frequency of administration</i>
1.			
2.			
3.			

Antaget varighed af behandlingen <i>Anticipated duration of this medication plan</i>	En enkelt behandling/ <input type="checkbox"/> Akut tilfælde/ <input type="checkbox"/> <i>Once only Emergency</i>
	Eller varighed (uger/måneder) / <i>Duration (week/month)</i>

Har du tidligere søgt om dispensation fra dopinglisten/ <i>Have you submitted any previous TUE applications</i>	Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nej No <input type="checkbox"/>
Hvis ja, for hvilket stof..... <i>If yes, for which substance</i>	
Til hvilken Anti Doping Organisation..... <i>To which Anti Doping Organisation</i>	Hvornår / When.....
Beslutning / <i>Decision</i> : Godkendt / <i>Approved</i> <input type="checkbox"/>	Ikke godkendt / <i>Not approved</i> <input type="checkbox"/>

Behandlerende lægeerklæring / Medical practitioner's declaration

Jeg erklærer hermed at ovenstående behandling er medicinsk optimal og at brugen af alternativ medicin, som ikke er på dopinglisten, ikke er medicinsk forsvarlig for denne tilstand. <i>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.</i>	
Navn, kvalifikationer / speciale..... <i>Name, qualifications / medical speciality</i>	
Adresse / Address.....	
E-mail:.....	Fax:.....
Tlf. arb.....	Mobil.....
Behandlerende læges underskrift / <i>Signature of Medical Practitioner</i>	

FORTROLIGT

5. Udøvers erklæring / *Athlet'se declaration*

Jeg.....erklærer, at informationen under pkt. 1 er korrekt, og at jeg hermed ansøger om dispensation til behandlingsmæssig anvendelse af stof/metode, som er forbudt i henhold til WADA's dopingliste. Jeg godkender, at medicinsk information vedrørende mig selv, som er relevant for den beskrevne diagnose, frigives til de som skal behandle dispensationen herunder også WADA. Jeg er indforstået med, at en tilbagekaldelse af min godkendelse vedrørende medicinsk information skal foregå skriftligt til egen læge.

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 authorise the release of my personal medical information to the Anti Doping Organisation as well as to WADA staff and to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) under provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of the Anti Doping Organisation TUEC or WADA TUEC to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner in writing of the fact.

Underskrift udøver:.....Dato:.....
Athlete's signature

Underskrift forældre / værge.....Dato:.....
Parent's / Guardian's signature

(Hvis udøver ikke er myndig eller hvis udøver pga. af handicap ikke kan underskrive skal udøvers forældre / værge underskrive sammen med eller på vegne af udøver / *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. Noter

Note 1	Diagnose – Oplysninger som underbygger og bekræfter diagnosen skal vedlægges ansøgningen, herunder også den medicinske historik, der er relevant for diagnosen samt alle relevante undersøgelser og analyseresultater. Kopi af original rapporter skal inkluderes, hvis muligt. Oplysningerne skal være så objektive som muligt baseret på tilgængeligt klinisk dokumentation. Uafhængig underbyggende medicinsk dokumentation vil hjælpe ansøgningen, hvis der ikke foreligger anden form for dokumentation. / <i>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.</i>
---------------	--

Ved manglende oplysninger vil ansøgningen blive returneret og skal herefter indsendes på ny med alle de nødvendige oplysninger.

Ansøgningsskema skal udfyldes og sendes/afleveres til Anti Doping Danmark. Gem evt. en kopi til eget brug.

Adresse:
Anti Doping Danmark
Idrættens Hus
Brøndby Stadion 20
2605 Brøndby

FORTROLIGT

Bilag 1 (Annex 1)

Mindste krav til den medicinske journal til brug for TUE ansøgningen i forbindelse med astma og dets kliniske varianter.

(Minimal requirements for the medical file to be used for the TUE process in the case of asthma and its clinical variants)

Journalen **skal** afspejle gældende medicinsk praksis, indeholdende:
(The file must reflect current best medical practice to include)

1. Komplet medicinsk historie.
(A complete medical history)
2. Fyldestående rapport af den kliniske undersøgelse med specifikt fokus på det respiratoriske system
(A comprehensive report of the clinical examination with specific focus on the respiratory system)
3. En spirometrisk rapport med resultaterne af forceret udåndingsvolumen i 1. sekund (FEV1)
(A report of spirometry with the measure of the Forced Expiratory Volumen in 1 second (FEV1))
4. Hvis luftvejsforsnævring/obstruktion er til stede, skal spirometrien gentages efter inhalation af en korttidsvirkende beta-2 agonist for at påvise reversibilitet - af luftvejskonstriktion.
(If airway obstruction is present, the spirometry will be repeated after inhalation of a short acting Beta-2-Agonist to demonstrate the reversibility of bronchoconstriction)
5. Ved manglende reversibilitet af luftvejsobstruktion, kræves der en bronchial provokationstest for at påvise tilstedeværelse af luftvejs hyperresponsivitet.
(In the absence of reversible airway obstruction, a bronchial provocation test is required to establish the presence of airway hyperresponsiveness)
6. Navn og adresse, speciale og adresse (inklusive telefon, e-mail og fax nummer) på den behandlende/ansvarlige læge.
(Exact name, speciality, address (including telephone, e-mail, fax) of examining physician)

FORTROLIGT