



ŽÁDOST O UDĚLENÍ TERAPEUTICKÉ VÝJIMKY (TV) THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE)

Prosím, vyplňte všechny části velkým tiskacím písmem nebo na stroji.
Please complete all sections in capital letters or typing.

1. Informace o sportovci 1. Athlete Information

Příjmení:	Jméno:	
Surname	Given Names	
Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> (vyznačte křížkem)	Datum narození (den/ měsíc/ rok):	
Female Male	Date of Birth (dd/mm/yyyy)	
Adresa:		
Address		
Město:	Země:	PSČ:
City	Country	Postcode
Tel:	E-mail:	
(s mezinárodní předvolbou / with international code)		
Sport:	Disciplína/ Pozice:	
	Discipline/ Position	
Národní nebo mezinárodní svaz:		
International or National Sporting Organization		
Zaškrtněte prosím příslušnou kolonku: Please mark the appropriate box		
<input type="checkbox"/> Jsem zařazen v Mezinárodním Registru pro Testování <input type="checkbox"/> I am part of an International Federation Registered Testing Pool		
<input type="checkbox"/> Jsem zařazen v Národním Registru pro Testování <input type="checkbox"/> I am part of a National Anti – Doping Organization Testing Pool		
<input type="checkbox"/> Účastním se akce pořádané mezinárodní federací, pro kterou je TV vyžadována pravidly příslušné Mezinárodní federace¹ – Název akce: <input type="checkbox"/> I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required ¹ - Name of the competition		
<input type="checkbox"/> Nic z výše uvedeného. <input type="checkbox"/> None of the above		
V případě zdravotního handicapu, specifikovat: If athlete with disability, indicate disability.		

¹ Týká se akcí určených Vaší Mezinárodní federací.

¹ Refer to your International Federation for the list of designated events



2. Lékařská zpráva 2. Medical Information

Diagnóza s dostatečnými lékařskými informacemi (viz. poznámka 1):

Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):

Pokud může být pro uvedenou diagnózu aplikován povolený lék, uveďte klinické zdůvodnění požadovaného užití zakázané medikace:

If permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

3. Podrobnosti medikace 3. Medication details

Zakázaná látka(y): Generický název Prohibited substance(s):	Dávka: Dose:	Způsob aplikace: Route:	Frekvence dávky: Frequency:
1.			
2.			
3.			

Předpokládaná doba užívání:

(vyznačte křížkem)

*Intended duration of treatment:
(Please tick appropriate box)*

jen jednou

once only

mimořádně

emergency

nebo doba trvání (týden/ měsíc):.....
or duration (week /month)

Už jste dříve podával(a) žádost o TV:

Have you submitted any previous TUE application:

ANO

yes

NE

no

Pro jaké látky?.....

For which substances?

U které antidopingové Organizace?.....

To whom?

Kdy?

When?

Rozhodnutí:

Decision:

Povoleno

Approved

Zamítnuto

Not approved



4. Prohlášení lékaře 4. Medical practitioner's declaration

Potvrzují, že výše uvedená látka(y) je předepsaná jako správná léčba pro uvedený zdravotní stav. Dále potvrzují, že užívání jiných léků neobsahujících zakázané látky by bylo nedostačující pro léčbu již zmíněného zdravotního stavu.

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.

Jméno:
Name

Lékařská specializace:
Medical Speciality

Adresa:
Address

Tel.: **Fax:**

E-mail:

Podpis lékaře: **Datum:**
Signature of Medical Practitioner *Date*

5. Prohlášení sportovce 5. Athlete's declaration

Já, prohlašuji, že informace uvedené v bodě č. 1 jsou přesné a že žádám o souhlas k použití látky nebo metody ze Seznamu zakázaných látek a metod. Souhlasím s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu KTV (Komise pro terapeutické výjimky) Antidopingového výboru České republiky (dále ADV ČR), příslušným orgánům WADA KTV a také jiným antidopingovým organizacím podle ustanovení Kodexu.

Jsem srozuměn s tím, že tyto informace budou použity pouze pro vyhodnocení mé žádosti o Terapeutickou výjimku a v kontextu případného vyšetřování porušení antidopingového pravidla. Jsem srozuměn s tím, že pokud budu chtít (1) získat více informací o nakládání s mými informacemi, (2) využít svého práva přístupu a opravy nebo (3) pokud budu chtít zrušit právo těchto organizací na získávání informací o mém zdravotním stavu, musím o této skutečnosti písemně informovat lékaře a moji antidopingovou organizaci. Jsem srozuměn a souhlasím s tím, že v případech, kdy je to vyžadováno Kodexem, může být za účelem prokázání případného porušení antidopingového pravidla nezbytné uchování informací vztahujících se k Terapeutické výjimce, které jsem poskytl před zrušením souhlasu viz. bod (3) tohoto odstavce.

Jsem srozuměn s tím, že pokud jsem přesvědčen, že s mými osobními informacemi není nakládáno v souladu s tímto souhlasem a Mezinárodním Standardem Ochrany Soukromí a Osobních údajů mohu podat stížnost k WADA nebo CAS.

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 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 provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my 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 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 / zákonného zástupce **Datum:**
Parent's /Guardian's signature *Date*



(V případě, že se jedná o sportovce neplnoletého, či postiženého tak, že mu postižení znemožňuje podpis tohoto dokumentu, je vyžadován podpis rodiče či zákonného zástupce, který jedná ve jménu sportovce)

(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. Poznámka 6. Note

Poznámka 1

Note 1

Diagnóza

Nálezky potvrzující diagnózu musí být přiloženy k formuláři. Lékařská zpráva má obsahovat osobní anamnézu, výsledky všech příslušných vyšetření, laboratorních vyšetření a použitých zobrazujících metod. Kopie originálních zpráv je třeba přiložit. Je třeba dodržet co největší objektivitu při zhodnocení klinických stavů a v případě příznaků, které nelze demonstrovat, je vhodné uvést názor nezávislého odborníka - lékaře.

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.

Neúplné žádosti budou vráceny k doplnění.

Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted.

Kompletně vyplněnou žádost pošlete antidopingové organizaci a ponechte si kopii.

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