



## **THERAPEUTIC USE EXEMPTION (TUE) WNIOSEK & ZGŁOSZENIE**

---

### **INSTRUKCJE**

- Proszę przeczytać Sekcję 6 (Kodeks Anty-Dopingowy IPC) uważnie przed wypełnieniem poniższego formularza
- Informacje należy wpisać w języku angielskim drukiem lub napisać wyraźnie drukowanymi literami używając czarnego tuszu
- Nie należy zostawiać pustych miejsc oraz należy odpowiedzieć na wszystkie pytania.
- Sekcje 1 & 5 muszą zostać wypełnione przez zawodnika ubiegającego się o Zwolnienie związane z zastosowaniem do celów terapeutycznych (TUE)
- Sekcje 2, 3 & 4 muszą zostać wypełnione przez lekarza zawodnika
- Nazwa generyczna/chemiczna substancji musi być zawarta dla wszystkich leków wymienionych we wniosku
- Sekcja 6 musi zostać wypełniona i podpisana przez Inspektora Medycznego / Przedstawiciela Medycznego Krajowego Komitetu Paraolimpijskiego (National Paralympic Committee - NPC)
- Wypełnione Wnioski TUE & Formularze powinny zostać wysłane przez NPC do Międzynarodowego Komitetu Paraolimpijskiego na adres:

Betsy Liebsch  
Anti-Doping and Classification Manager  
International Paralympic Committee  
Adenauerallee 212-214  
53113 Bonn  
Germany  
Fax: +49 228 2097 209  
Email: [andy.parkinson@paralympic.org](mailto:andy.parkinson@paralympic.org)

**NIEKOMPLETNE WNIOSKI TUE & ZGŁOSZENIA NIE BĘDĄ  
ROZPATRYWANE I ZOSTANĄ ZWROCONE DO NPC**

International Paralympic Committee  
Adenauerallee 212-214  
53113 Bonn, Germany

Tel. + 49 228 2097-200  
E-mail: [info@paralympic.org](mailto:info@paralympic.org)  
Web: <http://www.paralympic.org>



## 1. INFORMACJE O ZAWODNIKU

Ubiegam się o zgodę Międzynarodowego Komitetu Paraolimpijskiego na użycie do celów terapeutycznych zabronionej substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego

Zawiadamiam Międzynarodowy Komitet Paraolimpijski o stosowaniu wziewnych beta-2-agonistów oraz innym niż układowe stosowaniu glikokortykosteroidów

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imiona: \_\_\_\_\_

Mężczyzna  Kobieta  Data urodzenia (dd/mm/rr): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Numer telefonu (razem z prefiksem kraju): \_\_\_\_\_

Narodowy Komitet Paraolimpijski: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_ Dyscyplina/Pozycja: \_\_\_\_\_

Klasa/-y sportowa/-e np. S7, B1, T44 (jeżeli dotyczy): \_\_\_\_\_

### Rodzaj niesprawności:

Amputacja	<input type="checkbox"/>	Porażenie mózgowe	<input type="checkbox"/>
Uraz Rdzenia Kręgowego	<input type="checkbox"/>	Upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/>
Ślepotą/niedowidzenie	<input type="checkbox"/>	Inne*	<input type="checkbox"/>

\*Proszę sprecyzować \_\_\_\_\_

Czas trwania niesprawności: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Lata      Miesiące

## 2. SZCZEGÓŁY DOT. TERAPII / LEKÓW (DRUKIEM)

Proszę upewnić się, że wyłącznie substancje z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego wyszczególniono w tej części (patrz Przepis 2)

Nazwa handlowa	Nazwa generyczna	Dawka	Droga podania	Częstość podawania
1.				
2.				
3.				
Przewidywana długość powyższego planu leczniczego				

Diagnoza Zawodnika (Patrz Przepis 3)

---

---

---

---

---

Powody dla nie przepisania alternatywnych terapii, jeżeli takie istnieją (patrz Przepis 4):

---

---

---

---



### 3. INFORMACJE DODATKOWE

Proszę przedstawić uzasadnienie diagnozy oraz konieczności zastosowania substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego (patrz Przepis 3 & 4).  
Gdzie jest to niezbędne należy dołączyć informacje dodatkowe.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------

### 4. DEKLARACJA LEKARZA

<p><b>Imię i Nazwisko Lekarza</b> : _____</p> <p><b>Kwalifikacje &amp; Specjalizacja (Przypis 1):</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Adres:</b> _____</p> <p><b>Miasto:</b> _____ <b>Kraj:</b> _____ <b>Kod pocztowy:</b> _____</p> <p><b>E-mail address:</b> _____</p> <p><b>Tel. Praca:</b> _____ <b>Tel. Dom:</b> _____</p> <p><b>Komórkowy:</b> _____ <b>Fax:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____zaświadczam, że wymienione substancje u wymienionego zawodnika były / są stosowane jako właściwe postępowanie w zidentyfikowanym przypadku medycznym.</p> <p><b>Podpis Lekarza:</b> _____</p> <p><b>Data:</b> _____</p>
---



## 5. DEKLARACJA ZAWODNIKA

Ja, \_\_\_\_\_, zaświadczam, że informacje podane w sekcji 1. są prawdziwe oraz, że ubiegam się o zgodę na zastosowanie Substancji lub Metod z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego. Wyrażam zgodę na udostępnienie osobistej dokumentacji medycznej IPC, włączając w to Komitet ds. Zwolnień związanych z zastosowaniem do celów terapeutycznych (TUEC), jak również personel WADA, WADA TUEC oraz jakiegokolwiek inne Organizacje Anty-Dopingowe (ADO) podlegające Kodeksowi Anty-Dopingowemu IPC. Rozumiem, że jeżeli kiedykolwiek zechcę odwołać prawo dane IPC TUEC lub WADA TUEC do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia w moim imieniu, muszę o takim fakcie zawiadomić mojego lekarza oraz IPC na piśmie.

Jestem świadomy, że wniosek o TUE wymaga przetworzenia wszelkich danych dotyczących wniosku (przesyłanie, ujawnienie, użytkowanie i przechowywanie) przez System ADAMS (Anti-Doping Administration Management System). Jeżeli dojdzie do przyznania TUE, rozumiem i zgadzam się na elektroniczne przechowywanie takiego TUE oraz informacji z nim związanych przez minimalny okres ośmiu (8) lat jako, że wspomniany okres ośmiu lat jest czasem w ciągu jakiego może zostać rozpoczęte postępowanie w sprawie dotyczącej złamania przepisów anty-dopingowych zawartych w Kodeksie. WADA, ADO oraz TUEC nie będą ujawniać żadnych informacji związanych z moim TUE innym osobom, niż te w obrębie organizacji, którym zgodnie z zapisami Kodeksu powinno się udzielić niezbędnych informacji.

Rozumiem, że mogę odmówić/odwołać swoją zgodę na przetwarzanie danych związanych z moim TUE przez ADAMS. Rozumiem także, że jako następstwo takiego braku/odmowy zgody, mogę w niektórych przypadkach, nie otrzymać zgody na TUE lub odnowienia przyznanego wcześniej TUE.

Przez podpisanie tej deklaracji, przyznaję, że zostałem poinformowany i wyrażam swoją zgodę na wspomniane przetwarzanie danych. Niniejszym zwalnim IPC, WADA a także ADO i Komitety TUE z odpowiedzialności wobec wszelkich żądań, roszczeń, odpowiedzialności, szkód, kosztów i wydatków jakie mogą się pojawić w związku z przetwarzaniem danych związanych z moim TUE przez ADAMS.

Rozumiem, że stosowanie jakiegokolwiek substancji zabronionej podczas lub poza konkurencją wiąże się z ryzykiem popełnienia wykroczenia przeciwko przepisom anty-dopingowym, dopóki 1) IPC lub odnośne ADO nie otrzyma kompletnego formularza oraz 2) zostanie mi przyznana i otrzymam na piśmie zgodę na zastosowanie wspomnianej substancji.

**Podpis Zawodnika:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Podpis Rodzica/Opiekuna\*:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

(\*Jeżeli zawodnik jest niepełnoletni lub obciążony jest niepełnosprawnością uniemożliwiającą podpisanie tego formularza, rodzic lub opiekun złoży podpis wraz z zawodnikiem, lub w jego imieniu)



## 6. INFORMACJE DOTYCZĄCE NPC

Całość korespondencji dotyczącej powyższego wniosku TUE będzie kierowana do Inspektora Medycznego / Kontroli Dopingowej odpowiedniego NPC, jak podano poniżej (patrz Przepis 5):

Inspektor Medyczny / Kontroli Dopingowej NPC: \_\_\_\_\_

**Podpis:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

## 7. PRZYPISY

<b>Przypis 1</b>	<b>Imię, Nazwisko, Kwalifikacje &amp; Specjalizacja</b> Na przykład: Dr Jan Kowalski, lek. med., gastro-enterolog
<b>Przypis 2</b>	<b>Szczegóły dot. terapii / leków</b> Proszę przedstawić szczegóły dotyczące substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego dla których występuje się o zgodę na stosowanie. Należy podać nazwy generyczne / chemiczne oraz handlowe, dawkę, drogę podania, częstość i długość trwania terapii.
<b>Przypis 3</b>	<b>Diagnoza</b> Uzasadnienie potwierdzające diagnozę, koniecznie w języku angielskim, musi zostać załączone i wysłane wraz z wnioskiem. Medyczne uzasadnienie winno zawierać pełny opis historii choroby oraz wyniki wszelkich odpowiednich badań, testów laboratoryjnych, badań obrazowych etc. Tam gdzie jest to możliwe winny zostać załączone kopie oryginalnych dokumentów / listów. Uzasadnienie powinno być tak obiektywne na ile jest to możliwe w warunkach klinicznych, a w przypadkach schorzeń nie demonstrujących się w sposób ewidentny niezależna podtrzymująca opinia medyczna będzie popierać wniosek.
<b>Przypis 4</b>	<b>Medyczne Uzasadnienie</b> Jeżeli w terapii schorzenia danego zawodnika możliwe jest zastosowanie dozwolonego leku, to w takiej sytuacji należy przedstawić kliniczne uzasadnienie użycia substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego. Oświadczenie w języku angielskim, potwierdzające konieczność zastosowania Zabronionej Substancji lub Zabronionej Metody oraz opisujące dlaczego alternatywny, dozwolony lek nie może lub nie mógł być użyty w terapii określonego przypadku, winno być wydane przez lekarza o odpowiednich kwalifikacjach. Próby stosowania nie zabronionych terapii winny być odnotowane.
<b>Przypis 5</b>	<b>Inspektor Medyczny NPC</b> Wszystkie wnioski muszą zawierać opinię Inspektora Medycznego NPC Zawodnika, poświadczającą konieczność zastosowania w terapii sportowca substancji z Listy Substancji Zabronionych Światowego Kodeksu Anty-Dopingowego.