

# Hungarian TUE Committee

Magyar TUE Bizottság  
1146 Budapest, Istvánmezei út 1-3.  
tue@nssz.hu Tel.: +36/20-3372258



## Bejelentés Alkalmazási Eljárásról – Declaration of Use Process

Kérjük a kérelmet nyomtatott betűkkel, angolul kitölteni! **Please complete all sections in capital letters!**

Alkalmazás Eljárás bejelentési kötelezettség van az alább felsorolt készítmények használatakor: nem systémásan alkalmazott glucocorticosteroidok: intraarticularis / periarticularis / peritendinous / epiduralis / intradermalis / injekciók és inhalációs készítmények. **Only Declaration of Use Process need for: Glucocorticosteroids by non-systemic routes: intraarticular / périarticular / peritendinous / epidural / intradermal injections and inhaled route.**

Standard TUE Kérelmet igényelnek a szájon át, rectalisan, intravénásan, intramuscularisan beadott készítmények valamint az inhalációs úton alkalmazott Beta-2 Agonisták (csak formoterol, salbutamol, salmeterol, terbutalain) **Oral, rectal, intravenous or intramuscular administrations and use of Beta-2 agonists by ihalation requires a Standard TUE Application. (Only: Formoterol, Salbutamol, Salmeterol, Terbutaline)**

A bőrgyógyógyászati (beleértve iontoforézist és fonofrézist), fül-, orr-, szem-, fogíny-, száj nyálkahártyán és perianálisan alkalmazott készítmények nem tiltottak ezért NEM igényelnek TUE Kérelmet! **Topical preparations when used for dermatological (including iontophoresis / phonophoresis), auricular, nasal, ophthalmic, buccal, gingival and perianal disorders are not prohibited and do not require any form of Therapeutic Use Exemption.**

### 1. Sportolói információk/Athlete Informations:

Sportoló neve / **Athlete's name:** .....

Nő/**Female**  Férfi/**Male**

Születési dátum / **Date of Birth:** .....

Sportág/**Sport:** .....Szakág/**Discipline:** .....

Sportoló aláírása / **Signature of Athlete:** .....

### 2. Orvosi információk/Medical informations:

#### **Diagnosis:**

.....  
.....

Készítmény neve, hatóanyaga/**Name of substance:**.....

Dózis/**Dose:** .....

Alkalmazási út/**Route:** .....

Gyakoriság/**Frequency:** .....

Kezelőorvos neve/**Medical practitioner's name:** .....

Szakterület/**Medical speciality:** .....

Cím/**Address:** .....

**Tel.:** .....

**Fax.:** .....

**E-mail:** .....

Aláírás és pecsét/**Signature and stamp of Medical Practitioner:**.....

**Helyszín, dátum/Place and Date:** .....

A sürgősségi eseten kívüli (48 óránál hosszabb ideig tartó) összes glucocorticosteroid kezelés Standard TUE-t igényel! **Other than emergency treatments will requier a Standard TUE application form!**