

Hungarian TUE Committee

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



Standard Terápiás Eljárási Kérelem – Standard Therapeutic Use Exemptions*

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

* 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 (Only: Formoterol, Salbutamol, Salmeterol, Terbutaline) by inhalation requires a Standard TUE Application.**

Bejelentési kötelezettség van az alább felsorolt készítmények: nem systemásan alkalmazott glucocorticosteroidok: intraarticularis / periarticularis / peritendinous / epiduralis / intradermalis / injekciók. **Only Declaration of Use Process need for: Glucocorticosteroids by non-systemic routes: intraarticular / periarticular / peritendinous / epidural / intradermal injections.**

A bőrgyógyászati (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 Information

- Tagja vagyok a MOB olimpiai válogatott keretének és/vagy / **I am included in the National registered Testing Pool and/or**
- Készülök a következő versenyre/**I am preparing a**
- Világkupa/**World Cup, Grand Prix**
 - Világbajnokság/**World Championship**
 - Európa Bajnokság/**European Championship**
 - Egyéb/**Other**:.....

Vezetéknév/**Surname**: Keresztnév/**Given Names**:.....

Nő/**Female** Férfi/**Male** Születési dátum/**Date of Birth**: (d/m/y)

Cím/**Address**:

Város/**City**:Ország/**Country**: Irányítószám/**Postcode**:.....

Tel.: (nemzetközi hívószámmal/**with international code**)

E-mail :

Sportág/**Sport**: Szakág/**Discipline/Position**:

Nemzeti vagy Nemzetközi Szövetség neve/**International or National Sporting Organization**:

*A hiányosan kitöltött kérelmeket elutasítjuk és a hiány pótlása után újra be kell nyújtani./***Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted!**

A TUE kérelmeket a Nemzetközi Szövetség és/ vagy a WADA mindenkor felülbíráhatja, új vizsgálati dokumentációt kérhet be ,új eljárást rendelhet el! **N.B. According to the Code, at any time IF's and/or WADA may ask the details of the tests carried out and review their decision.**

2. Orvosi információk/Medical informations:

Diagnosis:

.....

.....

Ha az eddigi kezelés megfelelő volt, kérjük indolkoja meg a tervezett változtatás okát, amely a WADA tiltó listán szereplő szer/módszer alkalmazását igényli/If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

.....

.....

.....

3. Medical Details/Orvosi részletek:

Tiltott anyag(ok)/ Prohibited substance(s): Általános név/Generic name:	Dosis/ Adag	Route/ Alkalmazási mód	Frequency/ Gyakoriság
1.			
2.			
3.			
A kezelés tervezett időtartama: (kérjük jelölje x-el jelölje)/ Intended duration of treatment: (Please tick appropriate box):		Csak egyszer/ once only <input type="checkbox"/> Sürgősségi / emergency <input type="checkbox"/> Vagy időtartam (hét/hó)/ or duration (week/month):	
Volt már korábbi TUE kérelme?/ Have you submitted any previous TUE application? igen/ yes <input type="checkbox"/> nem/ no <input type="checkbox"/>			
Mire?/ For which substance?Mikor?/ When?			
Döntés/ Decision: Elfogadva/ Approved <input type="checkbox"/> Elutasítva/ Refused <input type="checkbox"/>			

4.Kezelő orvosi nyilatkozat / Medical practitioner's declaration

Igazolom, hogy a fent említett kezelés orvosiilag megfelelően alátámasztott és ezen szer(ek) használata azért szükséges, mert a mindenkori Tiltó Listán nem szereplő egyéb alternatív gyógymódok jelen esetben eredménytelenek. /**I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.**

Name/**Név:**Medical Speciality/**Orvosi szakterület:**Address/**Cím:****Tel.:****Fax:****E-mail:**Aláírás és pecsét/**Signature and stamp of Medical Practitioner:**Dátum/**Date:**

A hiányosan kitöltött kérelmeket elutasítjuk és a hiány pótlása után újra be kell nyújtani./Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted!

A TUE kérelmeket a Nemzetközi Szövetség és/ vagy a WADA mindenkori felülbíráhatja, új vizsgálati dokumentációt kérhet be, új eljárást rendelhet el! **N.B. According to the Code, at any time IF's and/or WADA may ask the details of the tests carried out and review their decision.**

5.Sportolói nyilatkozat /Athlete's declaration

Én/I, aláírással igazolom, hogy az 1. pontban megadott információk helyesek, egyben azzal a kérelemmel fordulok a Bizottsághoz, hogy engedélyezzék számomra a WADA Tiltó Listán szereplő készítmény/vagy eljárás használatát. Hozzájárulok, hogy a személyes orvosi információimat mind a Magyar TUE Bizottság, mind a WADA munkatársai vagy más a WADA Kódex szerint működő, és általa elfogadott Antidopping Szervezetek megtekintsék. Tudomásul veszem, ha ezt a jogot bármikor visszavonom ezen szervezetektől, arról írásban vagyok köteles tájékoztatni kezelő orvosomat valamint Antidopping Szervezetemet./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 staff, to the WADA TUEC and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.

Sportoló aláírása/Athlete's signature:

Dátum/Date:

Kiskorú esetén szülő vagy gondviselő aláírása/Parent's or Guardian's signature:

.....

Dátum/Date:

(kiskorú vagy értelmi fogyatékos sportoló esetében kötelező a szülő vagy gondviselő aláírása/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)

Minden bizonyítékot, ami a diagnózist alátámasztja csatolni kell a kérelemhez! Ennek tartalmaznia kell a kórtörténetet és minden elvégzett vizsgálati eredményt, labor vizsgálatot, képalkotó leleteket. Lehetőség szerint az eredeti példányokat kell csatolni! Nem egyértelmű esetben független szakértő felkérése lehetséges!

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 should be included when possible. Evidence should be objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

A hiányosan kitöltött kérelmeket elutasítjuk és a hiány pótlása után újra be kell nyújtani./Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted.

Asthma (és klinikai variációi) kérelmek beadásának minimális követelményei:

1. Teljes, részletes orvosi dokumentáció, kórtörténet;
2. Minden részletre kiterjedő jegyzőkönyv a klinikai vizsgálatokról, különös tekintettel a specifikus légzésfunkciós vizsgálatokra;
3. Spirometriás vizsgálatok dokumentációja, FEV1 érték kimutatásával!
4. Légúti obstrukciós vizsgálat dokumentációja, demonstrálva a reverzibilis bronchoconstrictiót amennyiben a spirometria ismétlésre került rövid hatású Béta-2 agonista használat után;
5. Légúti provokációs teszt dokumentációja;
6. Vizsgálatokat végző orvos neve, szakterülete, címe, telefonszáma, faxszáma, e-mail címe.

#

A Nemzeti TUE Bizottsághoz benyújtott kérelmét amennyiben előírás szerinti, úgy a döntésről a lehető leghamarabb de legkésőbb 15 napon belül írásban értesítjük. Felhívjuk a kérelmező figyelmét, hogy a Nemzeti TUE Bizottság döntésétől függetlenül, vegye figyelembe a sportágának nemzetközi szakszövetsége TUE Bizottságának ide vonatkozó előírásait!

We hereby inform that your application will be reviewed as soon as possible or within 15 days as longest.

Warning! Regardless of the decision of the HTUEC, please followed the rules of your IF's TUEC!!