



ANTI DOPING DANMARK

ANTI DOPING DENMARK

Ansøgning om medicinsk dispensation (TUE) Therapeutic Use Exemption Application Form

I. Udøverbilgning / Athlete Information

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

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

Adresse / Address:

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

Tlf. med international kode..... E-mail:

Idrætsgren og disciplin:.....
Sport / Discipline

Internationalt forbund eller nationalt specialforbund.....
International or National Sport Organization

Sæt venligst kryds(er) i nedenstående bokse:

- Jeg er en del af 'National Elite' (se 'Forbundsoversigten' på www.antidoping.dk) /
I am part of 'National Elite' (fi 'Forbundsoversigten' at www.antidoping.dk)
- Jeg er en del af Anti Doping Danmarks prioriterede testgruppe (dvs. indberetter whereabouts) /
I am part of Anti Doping Denmark's Registered Testing Pool (files whereabouts)
- Jeg deltager i en international forbundskonkurrence/event, som kræver TUE i overensstemmelse med det internationale forbunds regler* – konkurrence/event.....
I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required - Name of the competition:.....*
- Ingen af ovenstående (i så fald skal du **kun** søge retroaktivt, dvs. på forespørgsel af Anti Doping Danmark)
*None of the above (in that case, you shall **only** apply on request of Anti Doping Denmark)*

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

*Referer/henvis til listen af det internationale forbunds angivne konkurrencer/events.
Refer to your International Federation for the list of designated events.

FORTROLIGT

2. Medicinsk information / Medical Information

Diagnose inklusive 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) eller den forbudte metode. *If a permitted medication can be used to treat medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication*

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

3. Medicinske detaljer / Medical Details

Præparat og det forbudte stof/metode <i>Prohibited substance</i>	Dosis <i>Dose</i>	Administrationsform <i>Route</i>	Doseringsinterval <i>Frequency</i>	Varighed af behandling <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

4. Retroaktiv ansøgning / Retroactive Applications

Er dette en retroaktiv ansøgning? *Is this a retroactive application?*

Ja/Yes

Nej/No

Hvis ja, angiv årsagen. *If yes, please indicate the reason:*

Grundet andre særlige omstændigheder var der ikke tid eller mulighed for at ansøge før prøvetagning. *Due to exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection*

Akut behandling/Emergency treatment

Forhåndsansøgning ikke påkrævet jvf gældende regler/Advance application not required under applicable rules

Anden årsag/other reason U Udspecificér/Please specify

FORTROLIGT

5. Tidligere ansøgninger / Previous Applications

Har du tidligere søgt om medicinsk dispensation (TUE)?
Have you previously submitted a TUE application?

Ja Yes

Nej No

Hvis ja, for hvilket stof.....
If yes, for which substance

Til hvilken antidopingorganisation? Hvornår? / *When*.....
To which Anti Doping Organization

Beslutning / *Decision*:

Godkendt / *Approved*

Ikke godkendt / *Not approved*

6. Behandlende lægeerklæring / Medical Practitioner's Declaration

Jeg erklærer hermed, at ovenstående information er korrekt, og at behandlingen er medicinsk optimal, og at brugen af anden medicin, som ikke er på dopinglisten, ikke kan erstatte denne behandling.

I certify that the information above is correct and 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.

Navn, kvalifikationer / speciale.....
Name, qualifications / medical specialty

Adresse / Address.....

E-mail:.....Fax:.....

Tlf. arb.....Mobil.....

Behandlende læges underskrift / Signature of Medical Practitioner

7. Udøvers erklæring / Athlete's declaration

Jeg.....erklærer hermed, at informationerne under pkt. 1, 4 og 5 er korrekte.

Jeg giver samtykke til, at mine personlige helbredsoplysninger kan registreres, anvendes og opbevares af ADD og kan udveksles med og anvendes af ADD, WADA-autoriserede ansatte, WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) samt andet autoriseret personale, som har ret til disse oplysninger i henhold til World Anti Doping Code og WADA's regler om TUE.

I certify that the information set out at sections 1, 4 and 5 is accurate. 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 World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.

Jeg giver samtykke til, at min(e) læge(r) udleverer alle helbredsoplysninger, der er relevante for at kunne behandle min ansøgning, til de ovennævnte personer.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

Jeg er indforstået med, at mine personlige oplysninger kun vil blive brugt til behandling af min TUE-ansøgning og ved undersøgelse af en mulig overtrædelse af antidopingreglerne.

Jeg er indforstået med, at hvis jeg ønsker at (1) indhente mere information om behandlingen af mine oplysninger, (2) udøve min ret til at tilgå eller rette dem eller (3) tilbagekalde organisationernes ret til mine helbredsoplysninger, skal jeg skriftligt oplyse min læge og Anti Doping Danmark derom. Jeg giver samtykke til, at det kan være nødvendigt for ADD m.fl. at tilbageholde TUE-relaterede oplysninger indgivet for min tilbagekaldelse af samtykke med det formål at påvise en mulig overtrædelse af antidopingreglerne, når dette er påkrævet af World Anti Doping Code.

Jeg giver samtykke til, at afgørelsen af denne ansøgning kan registreres, anvendes og opbevares af ADD og alle antidopingorganisationer med bemyndigelse til at teste mig og/eller udføre resultathåndtering.

FORTROLIGT

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

Jeg forstår og giver samtykke til, at modtagerne af mine personlige oplysninger og afgørelsen af denne ansøgning kan være hjemmehørende uden for det land, jeg bor i, herunder uden for EU, hvor lov om databeskyttelse kan være forskellig fra det land, jeg bor i.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.

Jeg er indforstået med, at jeg kan indgive klage til WADA eller CAS, hvis jeg mener, at mine personlige oplysninger bliver misbrugt i forhold til dette samtykke og WADA's internationale standard for persondatabeskyttelse. En dansk statsborger kan endvidere indgive klage til Datatilsynet.

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.

Udøvers underskrift: _____ **Dato:** _____
Athlete's signature

Underskrift forældre / værge: _____ **Dato:** _____
Parent's / Guardian's signature

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

If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

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 shall 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.

Ansøgningskema skal sendes udfyldt og underskrevet af den behandlende læge til:

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

Tlf.: 4326 2550

eller

Trine Skov Møgelvang på tsm@antidoping.dk

PRINT

FORTROLIGT

Retningslinjer for dokumentation ved ansøgning om medicinsk dispensation (TUE)

Vejledningen beskriver, hvilken type dokumentation der skal vedlægges ansøgning om medicinsk dispensation for de mest almindelige diagnoser.

Gældende fra april 2017, Anti Doping Danmark

Diagnose	Dokumentation (vedlægges udfyldt ansøgningsskema)	Gyldighed (dokumentation)	Bemærkninger	Dispensationens varighed	Reference
ADHD	<ul style="list-style-type: none"> • Erklæring fra en speciallæge i psykiatri, som bekræfter diagnosen DF90.0, forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed (ADHD). • Ansøgeren skal være beskrevet som velbehandlet med f.eks. methylphenidat (centralstimulerende medicin). 	Dokumentation for fortsat behandlingsbehov skal kunne indhentes på opfordring fra ADD.		4 år	www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"
Allergi (Intramuskulær injektion med glukokortikoider (kortisonpræparater))	<ul style="list-style-type: none"> • Allergitest • Oplysninger om at anden konventionel behandling er forsøgt og ikke har haft tilfredsstillende effekt jf. Sundhedsstyrelsens nationale kliniske vejledning for behandling af høfeber. 	Ikke ældre end 4 år.		4 år	Sundhedsstyrelsens nationale kliniske vejledning for behandling af høfeber.
Astma	<ul style="list-style-type: none"> • Komplet anamnese. • Fyldestgørende rapport af den kliniske undersøgelse med specifikt fokus på det respiratoriske system. • En spirometrisk rapport med resultaterne af forceret udåndingsvolumen i første sekund (FEV1). • Hvis luftvejsforsnævring/obstruktion er til stede, skal spirometrien gentages efter inhalation af en korttidsvirkende beta-2-agonist for at påvise reversibilitet af luftvejskonstriktion. Der skal være en reversibilitet på 12 % i FEV 1.0 og min. 200 ml. • Ved manglende reversibilitet af luftvejsobstruktion kræves der en bronchial provokationstest for at påvise tilstedeværelse af luftvejs hyperresponsivitet. 	Ikke ældre end 4 år. Er tilstanden forværret og dosis forandres, skal ny dokumentation fremlægges		4 år	www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"

	<p>Disse test er oftest i form af "field test", mannitol-test, metacholintest eller eucapnisk hyperventilationstest.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navn og adresse, speciale og adresse (inklusive telefon, e-mail og evt. faxnummer) på den behandlende/ansvarlige læge. 				
Binyrebarksvigt	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation af diagnose ved specialist. • Positiv ACTH-test eller positiv hypoglykæmitest. 	Inden for det seneste år og fra diagnose-tidspunkt ved førstegangsansøgning.	Ved daglig vedligeholdelsesdosis på mere end 40 mg hydrokortison skal der foreligge journaldokumentation.	2 år	
Diabetes (Type 1 og 2 med insulinbehov)	<p>Dokumentation for udredning:</p> <p>Minimum én af følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c. • Faste C-peptid og blodsukker ved diagnose. • Antistoffer ved diagnose (type 1 diabetes). 	Dokumentation for fortsat behandlingsbehov skal kunne indhentes på opfordring fra ADD.		8 år	www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"
Diverse inflammatoriske tilstande	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuell anamnese (journalnotat, epikrise etc.) som muliggør korrekt og hurtig håndtering og bedømmelse/ vurdering af ansøgningen. 		Ofte prednisolonkur eller andet binyrebarkhormon	Fra uger (ved mindre skadestilstand) til år (f.eks. Crohns sygdom).	
Hypertension	<ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk dokumentation skal indeholde kliniske undersøgelser og dokumentere vedvarende forhøjet systolisk og/eller diastolisk hypertension. • Ved brug af forbudt medicin skal ansøgeren have prøvet tilladt medicin, eller der skal foreligge begrundelse fra specialist om, hvorfor tilladt medicin ikke kan anvendes. 	Inden for det seneste år og fra diagnose-tidspunkt ved førstegangsansøgning. Denne dokumentation vedlægges også senere ansøgninger sammen med ny lægeattest fra behandlende læge med dokumentation for behandling af blodtryk.		4 år	www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"

Hypogonadisme	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation af diagnose fra endokrinolog. FSH, LH, testosteron og SHBG i morgenprøve: To målinger med mindst en uges mellemrum • Udøvere, som allerede benytter testosteron, skal afslutte behandlingen i tilstrækkelig tid forud for vurderingen; 'Washout' to uger for gelbehandling, 26 uger for Nebido. 	<p>Inden for det seneste år og fra diagnose-tidspunkt ved førstegangsansøgning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ved brug af testosteron kræves FSH, LH, SHBG og testosteron i nadir (umiddelbart inden injektion af testosteron). • Personer som benytter testosteron må dokumentere datoer og dosis for injektionspræparat og opgive nadir-testosterion (værdien umiddelbart inden injektion). Nadirtestosteron bør ikke ligge over midten af referenceområdet for testosteron. 	<p>1 år</p>	<p>www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"</p>
Lav vækst	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation af potentiel sluthøjde fra pædiater ved diagnose. • IGF-1. 	<p>Inden for det seneste år og fra diagnose-tidspunkt ved førstegangsansøgning</p>	<p>Ved brug af testosteron kræves FSH, LH, SHBG og testosteron i nadir (umiddelbart inden injektion af testosteron) - se også se hypogonadisme.</p>	<p>1 år</p>	
Kryptorkisme	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation for diagnose fra pædiater. • Krav til prøver vurderes individuelt. 		<p>Ved brug af testosteron kræves FSH, LH, SHBG og testosteron i nadir (umiddelbart inden injektion af testosteron) - se også se hypogonadisme.</p>	<p>1 år</p>	
Kønsskifte	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation af anamnese. • LH. • FSH. • Testosteron. • SHBG. 	<p>Inden for det seneste år og fra diagnose-tidspunkt ved førstegangsansøgning</p>	<p>Dispensationens varighed: ti år, men det forudsætter, årlig genansøgning med oplysninger om testosteronbehandling og mindst en prøve af testosteron i nadir (umiddelbart inden injektion af testosteron).</p>		<p>www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"</p>

PCOS	<ul style="list-style-type: none"> • Uregelmæssig menstruation/fravær af menstruation og klinisk evidens for hyperandrogenisme. • I tillæg til ultralyd af ovarier eller biokemisk hyperandrogenisme (FSH, LH, testosteron, androstendion, SHBG). 	Inden for det seneste år og fra diagnose-tidspunkt ved førstegangsansøgning		2 år	www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"
Sen pubertet	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation for diagnose fra pædiater • Krav til prøver vurderes individuelt. 		Ved brug af testosteron kræves FSH, LH, SHBG og testosteron i nadir. (umiddelbart inden injektion af testosteron) - se også se hypogonadisme.	1 år	
Søvnforstyrrelser	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation fra søvnlaboratorium. • Hypocretin-niveau i spinalvæske ved diagnose (narkolepsi) 	Årlig revurdering af tilstanden og behandling fra læge		1 år	www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"
Væksthormonmangel	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation af diagnose fra specialist samt resultat af væksthormonstimulerende test skal foreligge. • BMI. • Målt IGF-1: 2-4 uger uden væksthormonbehandling. • Nye tilfælde som voksen: IGF-1 og væksthormonstimulerende test. 	Inden for det seneste år og fra diagnose-tidspunkt ved førstegangsansøgning		4-8 år	www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"