



ANTI DOPING DANMARK

ANTI DOPING DENMARK

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

I. Udøverinformation / Athlete Information

Efternavn, fornavn(e) / Surname, given name(s).....

Mand / Male Kvinde / Female 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:
Tel.with international code

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 om du er på 'Forbundsoversigten') /
I am part of 'National Elite' (see whether you are on 'Forbundsoversigten')
- 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* – Navn på 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. Tidligere ansøgninger / Previous Applications

Har du tidligere søgt om medicinsk dispensation (TUE)? <i>Have you previously submitted a TUE application?</i>	Ja / Yes <input type="checkbox"/>	Nej / No <input type="checkbox"/>
Hvis ja, for hvilket stof..... <i>If yes, for which substance</i>		
Til hvilken antidopingorganisation? Hvornår? / <i>When</i> <i>To which Anti Doping Organization</i>		
Beslutning / <i>Decision</i> :	Godkendt / <i>Approved</i> <input type="checkbox"/>	Ikke godkendt / <i>Not approved</i> <input type="checkbox"/>

3. Retroaktiv ansøgning / Retroactive Applications

Er dette en retroaktiv ansøgning? <i>Is this a retroactive application?</i>	Ja / Yes <input type="checkbox"/>	Nej / No <input type="checkbox"/>
Hvis ja, angiv datoen for behandlingsstart. <i>If yes, on which date was the treatment initiated:</i>		
Gør nogen af de følgende undtagelser sig gældende? (Artikel 4.1 af ISTUE): <i>Does any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE):</i>		
4.1 (a) Du var ude for en nødsituation og/eller havde brug for akut behandling af en medicinsk tilstand. <i>You required emergency or urgent treatment of a medical condition.</i>		
4.1 (b) Der var for lidt tid, ikke mulighed eller andre exceptionelle omstændigheder, som gjorde, at TUE'en ikke blev indsendt eller nåede at blive bedømt, inden du blev testet. <i>There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested.</i>		
4.1 (c) Det var ikke påkrævet, at ansøge om TUE på forhånd i henhold til de nationale antidopingregler. <i>You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per the national anti-doping rules.</i>		
4.1 (d) Du blev testet selv om du var på et niveau som ikke er omfattet af de nationale antidopingregler <i>You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or National Anti-Doping Organization and were tested</i>		
4.1 (e) Du er testet positiv efter at have brugt et stof udenfor konkurrence, som kun er forbudt i konkurrence f.eks. glukokortikoider (se Dopinglisten). <i>You tested positive after using a substance Out-of Competition that was only prohibited In-competition, e.g., S9 glucocorticoids (See Prohibited List).</i>		
Beskriv venligst (vedhæft evt. yderligere dokumenter) <i>Please describe (if necessary, attach further documents)</i>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;">.....</div>		

FORTROLIGT

Andre retroaktive ansøgninger (ISTUE artikel 4.3)
Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3)

Under sjældne og ekstraordinære omstændigheder, uanset andre bestemmelser i ISTUE, kan en udøver ansøge om og blive godkendt en TUE med tilbagevirkende kraft, hvis det i betragtning af kodens formål ville være åbenlyst uretfærdigt ikke at give en retroaktiv TUE. For at ansøge i henhold til artikel 4.3, bedes du komme med en fyldestgørende begrundelse og vedlægge al understøttende dokumentation.

In rare and exceptional circumstances notwithstanding any other provision in the ISTUE, an athlete may apply for and be granted retroactive approval for their TUE if, considering the purpose of the Code, it would be manifestly unfair not to grant a retroactive TUE. In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

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

Punkt 4, 5 og 6 skal udfyldes af behandlende læge / Section 4, 5 and 6 must be completed by treating physician

4. Medicinsk information / Medical Information

Diagnose (brug venligst WHO ICD 11 klassifikation hvis muligt)
Diagnosis (please use the WHO ICD 11 classification if possible)

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

5. 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.				

Oplysninger som underbygger og bekræfter diagnosen skal vedlægges og fremsendes sammen med denne ansøgning. De medicinske oplysninger skal omfatte en omfattende sygehistorie og resultaterne af alle relevante undersøgelser, laboratorieundersøgelser og billeddannelsesstudier. Kopier af de originale rapporter eller breve skal medtages, når det er muligt. Derudover vil et kort resumé, der inkluderer diagnose, nøgleelementer i kliniske undersøgelser, medicinske tests og behandlingsplan være nyttig. **Hvis en tilladt medicin kan bruges til at behandle den medicinske tilstand, bedes du give en begrundelse for at søge om TUE for den forbudte medicin.**

WADA vedligeholder en række TUE-tjeklister til at hjælpe udøvere og læger i forberedelsen af TUE-ansøgninger. Disse kan tilgås ved at indtaste søgeordet "checklist" på WADAs hjemmeside: <https://wada-ama.org>

Evidence onfirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical information must 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. In addition, a short summary that includes diagnosis, key elements of clinical examns, medical tests and the treatment plan would be helpful.

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide justification for the therapeutic use exemption for the prohibited medication.

WADA maintains a series of TUE Checklists to assist athletes and physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These can be accessed by entering the search term "Checklist" on the WADA website: <https://wada-ama.org>

FORTROLIGT

6. Behandlende lægeerklæring / *Medical Practitioner's Declaration*

Jeg bekræfter, at oplysningerne i afsnit 4 og 5 ovenfor er korrekte. Jeg anerkender og accepterer, at mine personlige oplysninger kan bruges af antidopingorganisation(er) ADO(er) til at kontakte mig angående denne TUE-ansøgning for at bekræfte den professionelle vurdering i forbindelse med TUE-processen eller i forbindelse med en overtrædelse af antidopingreglerne, undersøgelser eller dopingsager. Jeg anerkender og accepterer endvidere, at mine personlige oplysninger vil blive uploadet til antidopingadministrationssystemet (ADAMS) til disse formål (se Antidoping Danmarks dataprivatlivspolitik her).

I certify that the information in section 4 and 5 above is accurate. I acknowledge and agree that my personal information may be used by Anti-Doping Organization(s) ADO(s) to contact me regarding this TUE application, to verify the professional assessment in connection with the TUE process, or in connection with Anti-Doping Rule Violation investigations or proceedings. I further acknowledge and agree that my personal information will be uploaded to the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) for these purposes (see Anti-Doping Denmark's data privacy policy here).

Navn / *Name*.....

Medicinsk speciale / *Medical Specialty*.....

Ydernummer (hvis relevant) / *License number (if relevant)*.....

Adresse / *Address*.....

By / *City*..... Land / *Country*.....

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

Telefonnummer / *Phone number*.....

Behandlende læges underskrift / *Signature of Medical Practitioner*

Dato/ *Date*.....

FORTROLIGT

7. Udøvererklæring / *Athlete's declaration*

Jeg.....erklærer hermed, at informationerne under pkt. 1,2,3 og 7 er korrekte.

Jeg giver samtykke til, at min(e) læge(r) udleverer alle helbredsoplysninger, der er relevante for at kunne behandle min ansøgning, til følgende modtagere: Anti Doping Organisationerne (ADO) som er ansvarlige for at træffe afgørelse og udstede, afvise eller anerkende min TUE; WADA som er ansvarlige for at ADOer overholder Standarden International Therapeutic Use Exception (ISTUE); lægerne som er medlemmer af ADDs og WADA's TUE komitéer, som skal gennemgå ansøgningen i henhold til ISTUE, og hvis nødvendigt, andre uafhængige medicinske-, videnskabelige- eller juridiske eksperter.

Jeg tillader, at ADD deler min ansøgning og dokumentation med andre ADOer og WADA som beskrevet ovenfor hvis nødvendigt, og jeg medgiver at disse modtagere også videregiver mine informationer til deres TUE komitémedlemmer og relevante eksperter for at vurdere min ansøgning.

Jeg har læst og forstået ADD's privatlivspolitik, som beskriver, hvordan mine personlige oplysninger vil blive behandlet i forbindelse med min TUE ansøgning, og at jeg accepterer dette.

Underøver underskrift:..... Dato:.....

Underskrift forældre/vægre:.....Dato:.....

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

I,....., certify that the information set out in sections 1, 2, 3 and 7 is correct.

I authorize my physician(s) to release the medical information and records that they deem necessary to evaluate the merits of my TUE application to the following recipients: the Anti-Doping Organization(s) (ADO) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize my TUE; the World Anti-Doping Agency (WADA), who is responsible for ensuring determinations made by ADOs respect the ISTUE; the physicians who are members of relevant ADO(s) and WADA TUE Committees (TUECs) who may need to review my application in accordance with the World Anti-Doping Code and International Standards; and, if needed to assess my application, other independent medical, scientific or legal experts.

I further authorize [Click or tap here to enter text.](#) to release my complete TUE application, including supporting medical information and records, to other ADO(s) and WADA for the reasons described above, and I understand that these recipients may also need to provide my complete application to their TUEC members and relevant experts to assess my application.

I have read and understood the TUE Privacy Notice explaining how my personal information will be processed in connection with my TUE application, and I accept its terms.

Athlete's signature:.....Date:.....

Parent's/Guardian's signature:.....Date:.....

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing them from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

FORTROLIGT

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.: 72 240 240 #1

eller

send ansøgningskema og dokumentation til Trine
Skov Møgelvang via Onedrive og dette link:
www.antidoping.dk/upload

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"> • Udredning skal være sket hos børnelæge eller speciallæge i psykiatri. • De diagnostiske kriterier skal følge DSM-5 eller ICD 10, og det er ikke nok at skrive, at kriterierne er fulgt. Der skal være beskrivelse eller sammen drag af, hvordan kriterierne blev vurderet, og hvilke kriterier der blev opfyldt. 	Dokumentation for fortsat behandlingsbehov skal kunne indhentes på opfordring fra ADD.		4 år	<p>www.wada-ama.org "Medical Information to Support the Decisions of TUECs"</p> <p>Checklist for TUE application (ADHD)</p>
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"