



ANTI DOPING DANMARK

ANTI DOPING DENMARK

Ansøgning om dispensation til behandlingsmæssig anvendelse *Therapeutic Use Exemption Application Form*

1. Udøver information / *Athlete Information*

Efternavn, fornavn(e):
Surname, given names

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

Adresse / *Address*:

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

Tlf. med international code E-mail:
Tel. with international code

Idræt og idrætsgren:
Sport / Discipline

Internationalt forbund eller nationalt specialforbund
International or National Sport Organization

Sæt venligst kryds(er) i nedenstående bokse:

- Jeg er en del af det internationale forbunds prioriterede testgruppe /
I am a part of the International Federation Registered Testing Pool
- Jeg er en del af Anti Doping Danmarks prioriterede testgruppe /
I am a part of Anti Doping Denmark Registered Testing Pool
- 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
None of the above

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

*Referer 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 inklusiv 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) som står på dopinglisten. *If a permitted medication can be used to treat medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication*

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

3. Medicinering / Medical Details

| Navn på præparat og det forbudte stof (dopingstof) <i>Prohibited substance</i> | Administrationsdosis <i>Dose</i> | Administrationsform <i>Route</i> | Doseringsinterval <i>Frequency</i> |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

| | | |
|---|---|--|
| Antaget varighed af behandlingen – sæt kryds <i>Intended duration of treatment (please tick appropriate box)</i> | En enkelt behandling <input type="checkbox"/> | Akut tilfælde <input type="checkbox"/> |
| | <i>Once only</i> | <i>Emergency</i> |
| | Eller varighed (uger/måneder) | |
| | <i>Duration (week/month)</i> | |

| | | |
|---|---|--|
| Har du tidligere søgt om dispensation fra dopinglisten <i>Have you submitted any previous TUE applications</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 Anti Doping Organisation..... <i>To which Anti Doping Organisation</i> | Hvornår / When..... | |
| Beslutning / <i>Decision</i> : | Godkendt / <i>Approved</i> <input type="checkbox"/> | Ikke godkendt / <i>Not approved</i> <input type="checkbox"/> |

FORTROLIGT

4. Behandlende lægeerklæring / Medical practitioner's declaration

Jeg erklærer hermed at ovenstående behandling er medicinsk optimal og at brugen af alternativ medicin, som ikke er på dopinglisten, ikke er medicinsk forsvarlig for denne tilstand.

I certify 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 speciality.....

Adresse / Address.....

E-mail:..... Fax:.....
Tlf. arb..... Mobil.....

Behandlende læges underskrift / Signature of Medical Practitioner

5. Udøvers erklæring / Athlete's declaration

Jeg.....erklærer, at informationen under pkt. 1 er korrekt, og at jeg hermed ansøger om dispensation til behandlingsmæssig anvendelse af et stof eller en metode, som er forbudt i henhold til WADA's dopingliste. Jeg godkender, at medicinske personlige oplysninger vedrørende mig selv, som er relevant for den beskrevne diagnose, frigives til de som skal behandle dispensationen herunder Anti Doping Organisationen (ADO) og WADA autoriseret ansatte, WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) og andre ADO TUEC samt andet autoriseret personale som har brug for disse oplysninger i henhold til WADAs regler.

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 Organisation (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 provisions of the Code.

Jeg er indforstået med at mine personlige oplysninger kun vil blive brugt til behandling af min TUE ansøgning, og i tilfælde af en undersøgelse i forbindelse med en anti doping overtrædelse. Jeg er indforstået med, at hvis jeg ønsker at (1) indhente mere information om behandlingen/brugen af mine oplysninger (2) udøve min ret til at tilgå eller rette dem eller (3) tilbagekalde organisationernes ret til mine sundhedsoplysninger, skal jeg oplyse min praktiserende læge og Anti Doping Danmark skriftligt derom. Jeg er indforstået med, at det kan være nødvendigt, for TUE-relateret oplysninger indgivet før en tilbagekaldelse af samtykke, kan blive tilbageholdt med det formål at påvise en mulig anti-doping overtrædelse, når dette er påkrævet af WADC.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

Jeg er indforstået med, at hvis jeg tror mine personlige oplysninger bliver misbrugt i forhold til dette samtykke og den International Standard for Persondataskyttelse kan jeg indgive en klage til WADA eller CAS.

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.

Underskrift udøver:.....Dato:.....
Athlete's signature

Underskrift forældre / værge.....Dato:.....
Parent's / Guardian's signature

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

FORTROLIGT

6. 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.

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

Adresse:

Anti Doping Danmark

Idrættens Hus

Brøndby Stadion 20

2605 Brøndby

Tlf.: 4326 2550

Fax. 43262546

eller

Trine Skov Møgelvang på tsm@antidoping.dk

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"> • Aktuel 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" |