



# 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

<b>Note 1</b>	<b>Diagnose</b> – 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 udfyldes og sendes/afleveres til Anti Doping Danmark. Gem evt. en kopi til eget brug.

**Adresse:**

**Anti Doping Danmark  
Idrættens Hus  
Brøndby Stadion 20  
2605 Brøndby**

**FORTROLIGT**

## Bilag

### Mindste krav til den medicinske journal til brug for TUE ansøgningen i forbindelse med astma og dets kliniske varianter.

(Minimal requirements for the medical file to be used for the TUE process in the case of asthma and its clinical variants)

Journalen **skal** afspejle gældende medicinsk praksis, indeholdende:  
(The file must reflect current best medical practice to include)

1. Komplet medicinsk historie.  
(A complete medical history)
2. Fyldestgørende rapport af den kliniske undersøgelse med specifikt fokus på det respiratoriske system  
(A comprehensive report of the clinical examination with specific focus on the respiratory system)
3. En spirometrisk rapport med resultaterne af forceret udåndingsvolumen i 1. sekund (FEV1)  
(A report of spirometry with the measure of the Forced Expiratory Volumen in 1 second (FEV1))
4. 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.**  
(If airway obstruction is present, the spirometry will be repeated after inhalation of a short acting Beta-2-Agonist to demonstrate the reversibility of bronchoconstriction).
5. Ved manglende reversibilitet af luftvejsobstruktion, kræves der en bronchial provokationstest for at påvise tilstedeværelse af luftvejs hyperresponsivitet. **Disse test er oftest i form af "field test", mannitoltest, metacholintest eller eucapnisk hyperventilationstest.**  
(In the absence of reversible airway obstruction, a bronchial provocation test is required to establish the presence of airway hyperresponsiveness)
6. Navn og adresse, speciale og adresse (inklusive telefon, e-mail og fax nummer) på den behandlende/ansvarlige læge.  
(Exact name, speciality, address (including telephone, e-mail, fax) of examining physician)

**FORTROLIGT**