



Suomen Antidopingtoimikunta
• ADT RY •

Finnish Antidoping Agency
• FINADA •

ERIVAPAAUS LÄÄKINNÄLLISTÄ KÄYTTÖÄ VARTEN

Therapeutic Use Exemptions

HAKEMUSLOMAKE
Standard Application Form

Haen erivapautta Suomen Antidopingtoimikunta ADT ry:lta WADA:n kiellettyjen aineiden ja kiellettyjen menetelmien luettelossa mainitun kielletyn aineen käyttämiseen lääkinnällisistä syistä.

I apply for approval from (Anti-Doping Organization) for the therapeutic use of a prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods.

Täytä lomakkeen kaikki kohdat
Please complete all sections

1. URHEILIJAN TIEDOT Athlete Information			
Sukunimi Surname	Etunimet Given Names		
Nainen Female <input type="checkbox"/>	Mies Male <input type="checkbox"/>		
Katuosoite Address			
Postinumero/-toimipaikka Postcode, City	Maa Country		
Henkilötunnus Date of Birth (d/m/y)			
Puhelin (työ) Tel. Work	Puhelin (koti) Tel. Home	GSM Mobile	
Sähköposti E-mail	Faksi Fax		
Laji Sport	Alalaji Discipline/Position		
Kansallinen lajiliitto National Sporting Organization			
Jos urheilijalla vamma, mikä If athlete with disability, indicate disability			

2. LÄÄKÄRIN TIEDOT Notifying medical practitioner			
Nimi, oppiarvo, erikoistumisala (ks. ohje 1) Name, qualifications and medical speciality (see note 1)			
Osoite Address			
Puhelin (työ) Tel. Work	Puhelin (koti) Tel. Home	GSM Mobile	
Sähköposti E-mail	Faksi Fax		
*Diagnoosi (ks. ohje 2) *Diagnosis (see note 2)			
Onko kansallisen lajiliiton lääketieteellinen asiantuntija saanut tiedon hakemuksesta? Has the national sporting organisation Chief Medical Officer been notified of this request			
		Kyllä Yes <input type="checkbox"/>	Ei No <input type="checkbox"/>
Kansallisen lajiliiton lääketieteellisen asiantuntijan nimi (ks. ohje 3) Name of NSO's Chief Medical Officer (see note 3)			

5. LÄÄKÄRIN JA URHEILIJAN ALLEKIRJOITUKSET <i>Medical practitioner's and athlete's declaration</i>	
Minä <i>I,</i>	vakuutan, että edellä mainittu aine/et on määrätty/määrätään edellä mainitulle urheilijalle asianmukaisena hoitona edellä mainitun sairauden hoitoon. Vakuutan myös, että vaihtoehtoisen, kiellettyjen aineiden luetteloon sisällyttämättömän lääkityksen käyttö ei sovellu mainitun sairauden hoitoon. <i>certify the above-mentioned substance/s for the above named athlete has been/are to be administered as the correct treatment for the above named medical condition. I further certify that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for the treatment of the above named medical condition.</i>
Lääkärin allekirjoitus <i>Signature of Medical Practitioner</i>	pvm <i>Date</i>
Minä <i>I,</i>	vakuutan, että kohdassa 1. annetut tiedot ovat oikeita ja että haen erivapautta käyttäen WADA:n kiellettyjen aineiden luettelossa mainittua ainetta tai menetelmää. Annan luvan terveyttäni koskevien tietojen luovuttamiseen Suomen Antidopingtoimikunnalle, WADA:n henkilökunnalle ja WADA:n lääkinnällisen käytön erivapauksia myöntävälle elimelle (Therapeutic Use Exemption Committee). Olen tietoinen siitä, että mikäli haluan evätä edellä mainittujen tahojen oikeuden saada terveyttäni koskevia tietoja, minun on ilmoitettava siitä kirjallisesti lääkärielleni. <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 as well as to WADA staff and to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of the Anti-Doping Organization TUEC or WADA TUEC to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner in writing of that fact.</i>
Urheilijan allekirjoitus <i>Athlete's signature</i>	pvm <i>Date</i>
Huoltajan allekirjoitus <i>Parent's/Guardian's signature</i>	pvm <i>Date</i>
<i>(Jos urheilija on alaikäinen tai ei voi vammansa vuoksi allekirjoittaa lomaketta, huoltaja allekirjoittaa lomakkeen yhdessä urheilijan kanssa tai hänen puolestaan)</i> <i>(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 on behalf of the athlete)</i>	

6. OHJEET <i>Notes</i>	
Ohje 1 <i>Note 1</i>	Nimi, oppiarvo, erikoistumisala Esim. A.K. Niemi, LT, gastroenterologi. <i>Name, qualifications and medical speciality</i> <i>For example: Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-enterologist.</i>
Ohje 2 <i>Note 2</i>	Diagnoosi Liitä hakemukseen diagnoosin vahvistava lääkärintodistus. Liitteistä tulee käydä ilmi sairaushistoria ja kaikki mahdolliset asiaan liittyvät lääketieteelliset tutkimukset, laboratoriokokeiden tulokset ja kuvat. Jos mahdollista, liitä mukaan kopiot alkuperäisistä selvityksistä tai kirjeistä. Todisteiden tulee olla niin objektiivisia kuin kliinisissä olosuhteissa on mahdollista. Jos todisteita ei ole, hakemukseen on diagnoosin tueksi liitettävä riippumattoman lääkärin lausunto. <i>Diagnosis</i> <i>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 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>
Ohje 3 <i>Note 3</i>	Kansallisen lajiliiton lääketieteellinen asiantuntija Lajin lääketieteelliselle asiantuntijalle on mahdollisuuksien mukaan ilmoitettava antidopingorganisaatiolle toimitetusta hakemuksesta. Hakemukseen on tarvittaessa liitettävä urheilijan kansallisen lajiliiton lääketieteellisen asiantuntijan lausunto kielletyn aineen tai kielletyn menetelmän välttämättömyydestä urheilijan sairauden hoidossa. <i>NSO Chief Medical Officer</i> <i>Where possible the Chief Medical Officer (CMO) of the sport involved should be notified of the application to the Anti-Doping Organization. When appropriate, the application should include a statement by the Medical Officer of the Athlete's national sport governing body, attesting to the necessity of the otherwise Prohibited Substance or Prohibited Method in the treatment of the athlete.</i>
Ohje 4 <i>Note 4</i>	Lääkitykseen liittyvät tiedot Anna tiedot kaikista kielletyistä aineista tai menetelmistä, joiden käyttöön erivapautta haetaan. Käytä kansainvälisesti yleisessä käytössä olevia geneerisiä nimiä (International Nonproprietary Names) ja ilmoita annoksen suuruus. <i>Medication details</i> <i>Provide details concerning all prohibited substances or methods for which approval is sought. Use generic names (INN) and specify medication dose.</i>
Ohje 5 <i>Note 5</i>	Jos urheilijan sairauden hoitoon voi käyttää sallittua lääkitystä, esitä kliiniset perusteet kielletyn aineen käytölle. <i>If a permitted medication can be used in the treatment of the athlete's medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.</i>

TYHJENNÄ LOMAKE <i>Clear the form</i>
TULOSTA LOMAKE <i>Print the form</i>

Puutteellisesti täytetyt hakemukset palautetaan ja ne on täytettävä uudestaan.
Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted.

Suomen Antidopingtoimikunta ADT ry
Radiokatu 20, 00240 Helsinki

Palauta huolellisesti täytetty hakemus Suomen Antidopingtoimikunta ADT ry:lle ja säilytä kopio siitä itselläsi.
Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your record.

Finnish Antidoping Agency FINADA
Radiokatu 20, FI-00240 Helsinki

