

SØKNAD OM MEDISINSK FRITAK FRA DOPINGLISTEN

Therapeutic Use Exemption Application Form

Søknaden gjelder for bruk av stoffer/metoder på WADAs liste over forbudte stoffer og metoder.
Application for the use of prohibited substances/methods on WADAs List of Prohibited Substances.

1. Personopplysninger

Athlete details

Etternavn: Surname:	<input type="text"/>	Fornavn: Given Name:	<input type="text"/>
Fødselsdato: Date of birth:	<input type="text"/>	Kvinne: Female:	Mann: Male:
Adresse: Address:	<input type="text"/>		
Postnummer: Postal Code:	<input type="text"/>	Sted: City:	Land: Country:
Tlf./mobil. Tel./cell	<input type="text"/>	E-post: e-mail:	<input type="text"/>
Idrett: Sport:	<input type="text"/>	Gren: Discipline:	<input type="text"/>

2. Utøver - nivå

Athlete level

Internasjonal topputøver
International top level:

Nasjonalt topputøver
National top level:

Alle andre over 15 år:
Other athletes above 15 years

Internasjonal topputøver – NB! må normalt søke sitt internasjonale særforbund

Utøver satt på sitt internasjonale særforbunds "testing pool" og/eller utøver som deltar i konkurranser som er definert særskilt av det internasjonale særforbund.

Athlete part of the International Federation Registered Testing Pool and/or Athlete participating in an international federation event for which a TUE granted pursuant to the IFs rules is required.

Nasjonalt topputøver. Se egen liste på www.antidoping.no

DOPINGGRUPPE		1. ALLE ANDRE UTØVERE	2. NASJONAL TOPPIDRETTSUTØVER	3. INTERNASJONAL TOPPIDRETTSUTØVER (ingen nedre aldersgrense)
S3	Beta-2 agonister (f. eks. terbutalin, formoterol)	Søknad om medisinsk fritak sendes på forespørsel*		
S4	Hormonantagonister	Søknad om medisinsk fritak sendes på forespørsel*	Send søknad om medisinsk fritak til Antidoping Norge (fra 15 år)	Sjekk regelverk om medisinsk fritak til internasjonalt særforbund (IF)/stevnearrangør.
S5	Diuretika og maskerende midler			
S7	Narkotiske stoffer			
S9	Glukokortikoider (peroralt, rektalt, intravenøst og intramuskulært)			
S0	Ikke godkjente stoffer	Send søknad om medisinsk fritak til Antidoping Norge (fra 15 år)		Se etter TUE (Therapeutic Use Exemptions) på respektive nettsider.
S1	Anabole stoffer			
S2	Hormoner, vekstfaktorer og relaterte stoffer			
S6	Stimulerende midler			Bruk fortrinnsvis IF's eget søknadsskjema.
P2	Betablokkere (se vedlegg 5, Regler for medisinsk fritak, nasjonalt nivå)			

* **på forespørsel** betyr at søknad om medisinsk fritak fra dopinglista skal sendes i etterkant av en eventuell dopingkontroll når utøver får beskjed om det.

P1. For Alkohol gjelder egne grenseverdier i særskilte idretter. Se dopinglista.

P2. For Betablokkere kan det på nasjonalt nivå gis fritak etter søknad, dog normalt ikke i konkurranser på høyt nasjonalt nivå. Se vedlegg 5.

M1-M3. Ved behov for medisinsk bruk av metoder som omfattes av punktene M1-M3 i dopinglisten kreves søknad om medisinsk fritak. Utøvere i kategori 1 (alle andre utøvere) og utøvere i kategori 2 (nasjonal toppidrettsutøver): Send søknad til Antidoping Norge. Utøvere i kategori 3 (internasjonal toppidrettsutøver): Sjekk regelverk med sitt internasjonale særforbund. For øvrig er bruk av metoder som favnes av M1-M3 forbudt både i og utenfor konkurranse.

Følgende er tillatt:

S3. Beta-2 agonister: salbutamol (max 1600 mg over 24 timer) og salmeterol som inhalasjon.

S9. Glukokortikoider til lokalt bruk (injeksjoner gitt i og rundt ledd, rundt sener, epiduralt, inn i selve huden, inhalasjon).

2. Medisinsk informasjon

Medical Information

Diagnose:

Diagnosis:

Underbyggende opplysninger som bekrefter diagnosen må vedlegges søknaden, herunder relevant medisinsk historikk, resultater fra supplerende undersøkelser, analysesvar og rapporter/attester. Uavhengige underbyggende erklæringer vil hjelpe søknad, dersom annen informasjon ikke er tilgjengelig.

Evidence confirming the diagnoses 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 a non-demonstrable condition independent supporting medical opinion will assist the application.

Vedlegg undersøkelser og resultater:

Røntgen, MR, etc.:

Suppl. examination: X-ray, MR, etc.

Laboratorieresultater:

Laboratory results:

Journalnotat/epikrise:

Case records/discharge summary:

Spesialistuttalelse:

Specialist statement:

Annet:

Others:

Funksjonshemming, hvis relevant:

Indicate disability, if relevant:

Dersom det finnes behandling som ikke inneholder forbudte midler, må det gis en klinisk begrunnelse for behandling med forbudte stoffer:

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of a prohibited substance.

3. Medisinering

Medication details

Legemiddel og forbudt stoff (generisk navn):

Medication and Prohibited Substance (generic name):

Administrasjonsmåte:

Method of administration / route

Dosering:

Dosage:

Doseringsintervall:

Frequency:

Antatt varighet av behandlingen:

Intended duration of treatment:

Tidligere søknader:

Previous applications:

Hvis ja, når:

If yes, when:

Hvis ja, til hvem:

If yes, to whom:

Hvis ja, hvilket forbudt stoff:

If yes, which prohibited substance

Vedtak:

Decision:

4. Erklæring fra behandlende lege *Medical practitioner's declaration*

Jeg erklærer at medikamentell behandling som beskrevet, er medisinsk korrekt, og at bruk av andre legemidler uten forbudte stoffer på dopinglisten ikke vil gi tilfredsstillende behandlingseffekt for denne tilstanden.

I certify that the stated treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

Etternavn:

Surname:

Fornavn:

Given Name

Medisinsk spesialitet:

Medical speciality::

Adresse:

Address:

Tlf./mobil:

Tel./cell:

Faks:

Fax:

E-post:

e-mail:

Dato:

Date:

Signatur behandlende lege

Physician's signature:

5. Utøvers erklæring *Athlete's declaration*

Jeg søker om medisinsk fritak for bruk av legemidler og metoder på WADA's dopingliste som forklart i denne søknaden og erklærer at informasjonen under punkt 1 er korrekt. Jeg godkjenner at medisinsk informasjon frigis til personell tilknyttet Antidoping Norge, WADA og mitt internasjonale særforbund, inkludert medisinsk fagkomité i respektive organisasjoner. Jeg er kjent med at informasjonen skal brukes ved vurderingen av denne søknaden. Jeg er oppmerksom på at informasjonen også kan benyttes i sammenheng med mulig brudd på dopingbestemmelsene, jf NIFs lov kapittel 12. Jeg er inneforstått med at jeg kan be om ytterligere informasjon om bruken av gitte opplysninger, få tilgang til opplysninger om meg selv, tilbakekalle gitte opplysninger, samt klage på bruken av gitte opplysninger. Slike henvendelser skal skje skriftlig til Antidoping Norge og min lege. Jeg er inneforstått med og aksepterer at inngitte opplysninger, selv ved en tilbakekallelse, kan benyttes som bevis ved et mulig brudd på dopingbestemmelsene jf NIFs lov kapittel 12. Jeg er inneforstått med at dersom jeg mener at informasjonen ikke er benyttet ihht personvernloven, kan jeg klage til Antidoping Norge.

I hereby apply for therapeutic use exemption for substances or methods from the WADA Prohibited List as identified in this application and declare that the information in section 1 is accurate. I authorize the release of personal medical information to authorized staff in Anti-Doping Norway, WADA and my international federation, including all of these organisations Therapeutic Use Committees under the provisions of the Code. I understand that my information will only be used for evaluating my Therapeutic Use Exemption 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 information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organisations 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 the 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. I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the International Standard for Protection of Privacy and Personal Information I can file a complaint to WADA or CAS.

Etternavn:

Surname:

Fornavn:

Given Name:

Signatur utøver

Athlete's signature

Dato:

Date:

Sign. foresatte

Guardian signature:

Dato:

Date:

Foresatte skal signere på vegne av eller sammen med utøver dersom utøver er umyndig eller har en funksjonshemming som gjør at utøver ikke selv kan signere.

Guardian's signature required if the athlete is minor or has a disability preventing him/her from signing this form.

Ved manglende opplysninger kan søknad returneres uten behandling.

Application will normally be returned unprocessed, if the information is incomplete.

Sendes til: **Antidoping Norge, Sognsveien 75A, NO-0855 OSLO - Fax nr. + 47 21 02 92 19**

Send to:

Administrativ bruk:	Dato mottatt:		Saksnummer:	
---------------------	---------------	--	-------------	--