



**Magyar TUE Bizottság (HTUEC) – Hungarian TUE Committee**

## KÉRELEM / APPLICATION FORM

TUE – Gyógyászati célú mentesség engedélyezéséhez  
*Therapeutic Use Exemptions (TUE)*

Kérjük, minden rovatot olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel, vagy számítógéppel töltsön ki. Az 1, 5, 6, és 7 szekciókat a sportoló, a 2,3 és 4 szekciókat a kezelőorvos tölti ki. Az olvashatatlan vagy hiányosan kitöltött kérelmek minden esetben visszaküldésre kerülnek, és csak az újból beadott, olvashatóan és teljes mértékben kitöltött kérvények fogadhatók el.

*Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1,5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.*

### 1. Sportoló adatai / Athlete Information

Név / Name (Surname – Given Names)	
Születési név / Maiden Name	
Neme / Gender	<input type="checkbox"/> Nő / Female <input type="checkbox"/> Férfi / Male
Születési idő, hely (nn/hh/éééé) / <i>Date of Birth (dd/mm/yyyy), Place</i>	
Anyja neve / <i>Mother's Maiden Name</i>	
Lakcím / <i>Address</i>	
E-mail cím / <i>E-mail address</i>	
Faxszám / <i>Fax No.</i>	
Mobilszám / <i>(Mobile) Phone No.</i>	
Sportszövetség neve / <i>International or National Sport Organization</i>	
Versenyszám / <i>Sport – Discipline</i>	
Fogyatékkal élő sportoló esetén, a fogyatékoság megjelölése / <i>In case of an Athlete with an impairment, please indicate the impairment</i>	



Megjegyzés / Note	<p>Jelen kérelemhez a diagnózist alátámasztó orvosi bizonyítékokat csatolni kell és a teljes dokumentációt egyszerre benyújtani. Az orvosi dokumentumok között szerepelnie kell a részletes kórtörténetnek, és az összes releváns vizsgálati, laboratóriumi és képalkotó eljárás eredményének. Lehetőség szerint kérjük csatolni az eredeti orvosi leleteket, szakvéleményeket, zárójelentéseket, vagy ezek olvasható másolatát. A dokumentum legyen a lehető legobjektívebb a klinikai körülmények tekintetében, nem demonstrálható állapot esetében, a kérelmet segíti a független támogató orvosi szakvélemény /</p> <p><i>Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence 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. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application</i></p>
----------------------	--

### 3. Kezelés részletes adatai / Medication Details

Tiltott szer(ek) / <i>Prohibited substance(s)</i>  Generikus név / <i>Generic name</i>	Dózis / <i>Dosage</i>	Alkalmazási mód / <i>Route of Administration</i>	Gyakoriság / <i>Frequency</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

<b>Kezelés tervezett időtartama /</b> <b>Planned duration of treatment</b> (kérjük a megfelelő válasz jelölését) / (please indicate one)	<input type="checkbox"/> Egyetlen alkalom / <i>ad hoc treatment</i>
	<input type="checkbox"/> Meghatározott időtartam (hét/hónap) / <i>Set treatment regime (weeks/months)</i> .....
	<input type="checkbox"/> Folyamatos / <i>Persistent</i>
	<input type="checkbox"/> Vészhelyzet / <i>Emergency</i>

#### 4. Orvosi nyilatkozat / *Medical Practitioner's Declaration*

Igazolom, hogy a 2. és 3. szekcióban részletezett adatok pontosak, a valóságnak megfelelőek, és az orvosi kezelés a szakma szabályai szerint történt.

***I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.***

Név / *Name:*

Orvosi szakterület / *Medical specialty:*

Cím / *Address:*

Tel.:

Fax:

E-mail:

Kelt/Date:

Orvos aláírása / *Signature of Medical Practitioner*

ph

#### 5. Visszamenőleges kérelem / *Retroactive Application*

Jelen TUE engedély iránti kérelem visszamenőleges? / <i>Is this a retroactive TUE Application?</i>	<input type="checkbox"/> Igen / Yes <input type="checkbox"/> Nem / No
Amennyiben igen, mely napon kezdték meg a kezelést? / <i>If yes, on what date was the treatment started?</i>	
Kérjük, adja meg a visszamenőleges kérelem indokát / <i>Please indicate reason</i>	<input type="checkbox"/> Vészhelyzetet vagy az egészséget veszélyeztető akut helyzetet elhárító beavatkozásra volt szükség / <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i>
	<input type="checkbox"/> Más kivételes körülmény miatt nem volt elegendő idő vagy lehetőség a mintavételt megelőzően a kérvény benyújtására / <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i>
	<input type="checkbox"/> A vonatkozó szabályok szerint nincs szükség előzetes kérelem benyújtására / <i>Advance application not required under applicable rules</i>
	<input type="checkbox"/> Egyéb / Other
Kérjük indoklását részletezze / <i>Please explain</i>	

## 6. Korábbi kérvények / *Previous Applications*

Adott már be korábban TUE engedély iránti kérelmet? <i>Have you submitted any previous TUE Applicaton(s) ?</i>	<input type="checkbox"/> Igen / Yes <input type="checkbox"/> Nem / No
Milyen gyógyszerre, hatóanyagra vonatkozóan? / <i>For which substance or method?</i>	
Mely szervezethez nyújtotta be? / <i>To whom you submitted the TUE Application(s)?</i>	
Mikor nyújtotta be? / <i>When the TUE Application(s) was submitted?</i>	
Határozat száma / Resolution – Decision No:	<input type="checkbox"/> Jóváhagyva / Approved <input type="checkbox"/> Elutasítva / Denied – Not Approved

## 7. Sportoló nyilatkozata

Alulírott sportoló ezúton írásban nyilatkozom, hogy az 1, 5 és 6 szekciókban szereplő valamennyi információ helyes és pontos. Továbbá ezúton felhatalmazást adok arra vonatkozóan is, hogy személyes egészségügyi információimat kiadják a Nemzeti Doppingellenes Szervezet (NADO), valamint a WADA erre felhatalmazott munkatársainak, a WADA TUEC (Gyógyászati célú Mentességi Bizottság), és a sportágam Nemzetközi Szövetsége TUEC (Gyógyászati célú Mentességi) Bizottsága, és olyan felhatalmazott munkatársai részére, akik a Szabályzat rendelkezései szerint az információt megkapni jogosultak lehetnek. Tudomásul veszem, hogy adataimat kizárólag a Gyógyászati mentességre (TUE) irányuló kérelmem elbírálása céljából, az esetleges doppingvétség kivizsgálása és az erre irányuló eljárás összefüggésében használhatják fel. Tudomásul veszem, hogy ha bármikor (1) bővebb tájékoztatást kívánok adataim felhasználásáról; (2) gyakorolni kívánom hozzáférési és helyesbítési jogomat, vagy (3) a fenti szervezeteknek az egészségügyi adataim megszerzésére vonatkozó jogát vissza kívánom vonni, köteles vagyok erről írásban értesíteni orvosomat, és az illetékes Nemzeti Doppingellenes Szervezetet (NADO). Tudomásul veszem, hogy a beleegyezésem visszavonásáig a Gyógyászati mentességhez (TUE) kapcsolódó személyes adataimat megőrzik, és arra illetékes szervezetnek, csak doppingvétség megállapítása céljából indított eljárással összefüggésben bocsájtják rendelkezésére. Tudomásul veszem, hogy amennyiben úgy vélem, személyes információimat nem a fenti nyilatkozatnak, és/vagy a magánélet védelmére, és a személyes adatokra vonatkozó nemzetközi követelménynek megfelelően használják fel, panasszal élhetek a WADA (Nemzetközi Doppingellenes Ügynökség) vagy a CAS (Választott Sportdöntő Biróság) felé.

Kelt:

**sportoló aláírása**

**szülő/gondviselő aláírása**

(ha a sportoló kiskorú vagy a jelen nyomtatvány aláírásában őt gátló fogyatékbán szenved, a sportolóval együtt, vagy nevében, egy szülő, vagy gondviselő köteles a nyomtatványt aláírásával hitelesíteni)

I, \_\_\_\_\_,

*certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (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 the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.*

*I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.*

*I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health 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.*

*I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.*

*I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.*

*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.*

**Date:** \_\_\_\_\_

***Athlete's signature***

***Parent's/Guardian's signature***

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

**Kérjük, a kitöltött nyomtatványt a Magyar TUE Bizottsághoz (HTUEC) nyújtsa be,  
és egy másolati példányt őrizzen meg!**

## **Tájékoztató a TUE kérelem kitöltéséhez**

### **Mely sportolóknak kell TUE engedélyt kérniük?**

- Nemzeti szintű sportolók: nemzeti válogatott tagja, Országos/Magyar Bajnokság versenyében induló érmes sportolók
- hazai vagy nemzetközi edzőtáborban résztvevők (központilag finanszírozott)
- Akik a Nemzeti vagy Nemzetközi Nyilvántartott Vizsgálati Csoport (RTP-IRTP) tagjai
- Akik olyan nemzetközi versenyen indulnak, ahol a nemzetközi szövetség az indulóknak ezt kötelezően előírja

### **1. TUE engedély köteles szerek, eljárások:**

Szájon át, rectalisan, intravénásan, intramuscularisan beadott készítmények valamint az inhalációs úton alkalmazott Béta-2 Agonisták úgy mint, terbutalain, fenoterol

*Oral, rectal, intravenous or intramuscular administrations and use of Beta-2 agonists (Only: Terbutaline and Fenoterol) by inhalation requires a TUE Application.*

### **2. TUE engedélyt nem igénylő szerek, eljárások:**

A bőrgyógyászati (beleértve iontoforézist és fonoforézist), fül-, orr-, szem-, fogíny-, száj nyálkahártyán és perianálisan alkalmazott készítmények.

Nem szisztémásan alkalmazott glucocorticosteroidok. Lokális alkalmazásnak minősül: intraarticularis / periarticularis / peritendinous / epiduralis / intradermalis / injekciók / és az inhalatív úton történő használat.

Béta-2 Agonisták közül: Salbutamol, Salmeterol, Formoterol készítmények.

*Topical preparations when used for dermatological (including iontophoresis / phonophoresis), auricular, nasal, ophthalmic, buccal, gingival, perianal disorders and PRP.*

*Glucocorticosteroids by non-systemic routes: intraarticular / periarticular / peritendinous / epidural / intradermal injections. Use of Salbutamol and Salmeterol and Formoterol.*

### **3. Asztmaellenes gyógyszerek kérelme:**

Asztmaellenes gyógyszerek kérelmezése a gyógyászati alkalmazás minimális követelményei:

1. Teljes, részletes orvosi dokumentáció, kórtörténet
2. Minden részletre kiterjedő dokumentáció a klinikai vizsgálatokról, különös tekintettel a specifikus légzésfunkciós vizsgálatokra
3. Spirometriás vizsgálatok dokumentációja, FEV1 érték kimutatásával
4. Légúti obstrukciós vizsgálat dokumentációja, demonstrálva a reverzibilis bronchoconstrictiót amennyiben a spirometria ismétlésre került rövid hatású Béta-2 agonista használat után
5. Légúti provokációs teszt dokumentációja
6. Vizsgálatokat végző orvos neve, szakterülete, címe, telefonszáma, faxszáma, e-mail címe

### **4. Az elbírálás határideje:**

A beérkezett kérelmek elbírálásának határideje, a beérkezéstől számított 30 nap.

A hiányosan kitöltött kérelmeket a hiány pótlása után újra be kell adni.

Hiánypótlásra visszaküldött kérelmek esetében a határidő a pótlás beérkezésétől számított, újabb 30 nap.

**Fontos, hogy csak 3 hónappal nem régebbi szakorvosi véleményeket, laborleleteket és ambuláns lapokat lehet a kérelem mellékleteként beadni. Az ennél régebbi orvosi dokumentációkat a Bizottság nem veszi figyelembe!**

**Figyelmeztetés! A több évre kiadott engedélyk évenkénti (12 hónap) felülvizsgálata kötelező.**

**Az éves felülvizsgálati eljárás elmaradása esetén az engedély 12 hónap után érvényét veszti!**