



# ŽÁDOST O UDĚLENÍ TERAPEUTICKÉ VÝJIMKY (TV) Therapeutic Use Exemptions (TUE) APPLICATION FORM

Prosím, vyplňte všechny části velkými tiskacími písmeny nebo na psacím stroji/počítači. Sportovec vyplní části 1, 5, 6 a 7; lékař části 2, 3 a 4. Nečitelné či nekompletní žádosti budou vráceny a bude nutné je znovu podat čitelné a kompletní. *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. Informace o sportovci 1. Athlete Information

Příjmení: _____ <i>Surname</i>	Jméno: _____ <i>Given Names</i>	
Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> <i>Female Male</i>	Datum narození (den/měsíc/rok): _____ <i>Date of Birth ( d/m/y)</i>	
Adresa: _____ <i>Address</i>		
Město: _____ <i>City</i>	Země: _____ <i>Country</i>	PSČ: _____ <i>Postcode</i>
Tel.: _____ (s mezinárodní předvolbou / <i>with International code</i> )		E-mail: _____
Sport: _____	Disciplína/Pozice: _____ <i>Discipline/ Position</i>	
Mezinárodní nebo národní sportovní organizace: _____ <i>International or National Sport Organization</i>		
Pokud jste zdravotně handicapovaný sportovec, uveďte, o jaký handicap se jedná: <i>If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment</i>		

## 2. Lékařská zpráva (pokračujte na zvláštním listu, pokud je třeba)

*2. Medical information (continue on separate sheet if necessary)*

Diagnóza: <i>Diagnosis</i>
-------------------------------

Pokud může být pro uvedenou diagnózu aplikován povolený lék, uveďte klinické zdůvodnění požadovaného použití zakázané medikace:

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



**Poznámka**  
*Comment*

Nálezy potvrzující diagnózu se přikládají k této žádosti (zároveň v angličtině nebo francouzštině). Lékařská zpráva musí obsahovat osobní anamnézu a výsledky všech příslušných vyšetření, laboratorních vyšetření a použitých zobrazovacích metod. Kopie originálních zpráv je třeba přiložit. Je třeba dodržet co možná největší objektivitu při zhodnocení klinických stavů a v případě příznaků, které nelze demonstrovat, uvést kladné vyjádření nezávislého lékaře.

WADA vede řadu pokynů, které pomáhají lékařům při přípravě úplných a důkladných žádostí o TV. Tyto pokyny pro lékaře jsou přístupné zadáním vyhledávacího dotazu "Medical Information" na webových stránkách WADA: <https://www.wada-ama.org>. Pokyny se zabývají diagnostikou a léčbou řady zdravotních stavů, které běžně postihují sportovce a vyžadují léčbu zakázanými látkami.

*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.*

*WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.*

**3. Podrobnosti medikace** 3. Medication details

<b>Zakázaná látka(y)</b> <b>Generický název</b> Prohibited Substance(s): <u>Generic name</u>	<b>Dávka:</b> <i>Dose</i>	<b>Způsob aplikace</b> <i>Route of Administration</i>	<b>Frekvence dávků</b> <i>Frequency</i>	<b>Doba léčby</b> <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

**4. Prohlášení lékaře** 4. Medical practitioner's declaration

**Potvrzuji, že informace výše uvedené v částech 2 a 3 jsou přesné a že výše uvedená látka(y) je předepsaná jako vhodná léčba pro uvedený zdravotní stav.**

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

Jméno:  
*Name*

Lékařská specializace:  
*Medical specialty*



Adresa: \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Podpis lékaře: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Signature of Medical Practitioner Date

### 5. Žádosti se zpětnou účinností 5. Retroactive applications

<p><b>Jedná se o žádost se zpětnou účinností?</b> <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p><b>Ano:</b> <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><b>Ne:</b> <input type="checkbox"/> No</p> <p>Jestliže ano, kdy byla léčba zahájena? <i>If yes, on what date was treatment started?</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Vyberte důvod podání žádosti:</b> <i>Please choose one:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Podání léčiv při první pomoci nebo nezbytná léčba akutního zdravotního stavu <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kvůli mimořádným okolnostem nebylo dostatečně času či příležitost podat žádost před odebráním vzorku <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i></p> <p><input type="checkbox"/> Žádost o TV nebyla požadována předem v souladu s příslušnými pravidly <i>Advance application not required under applicable rules</i></p> <p><input type="checkbox"/> Spravedlnost (požadováno schválení WADA a MSF/NADO) <i>Fairness (WADA and [IF/NADO] approval required)</i></p> <p><b>Vysvětlete:</b> <i>Please explain</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---



## 6. Předchozí žádosti

### 6. Previous applications

**Podával jste již dříve žádost o TV u jakékoliv Antidopingové organizace?**

*Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?*

**Ano** Yes

**Ne** No

Jaké látky či metody se žádost týkala?

*For which substance or method?*

\_\_\_\_\_

Komu? \_\_\_\_\_  
*To whom?*

Kdy? \_\_\_\_\_  
*When?*

Rozhodnutí:

Schváleno

Neschváleno

*Decision*

*Approved*

*Not approved*

## 7. Prohlášení sportovce

### 7. Athlete's declaration

Já, \_\_\_\_\_, prohlašuji, že informace uvedené v části 1, 5 a 6 jsou přesné. Souhlasím s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu Antidopingovému výboru ČR, příslušným orgánům WADA, Komisi pro terapeutické výjimky WADA, jiným KTV antidopingových organizací a příslušným orgánům, které k tomu mohou být oprávněny dle ustanovení Kodexu a/nebo Mezinárodního standardu pro terapeutické výjimky. Tento personál je vázán profesionální nebo smluvní mlčenlivostí.

Souhlasím, aby můj lékař poskytl výše uvedeným orgánům informace o mém zdravotním stavu, které se budou jevit jako nezbytné pro posouzení a vyřízení mé žádosti.

Jsem srozuměn/a s tím, že tyto informace budou použity pouze pro účely posouzení mé žádosti o terapeutickou výjimku a pro šetření případného porušení antidopingových pravidel. Jsem srozuměn/a s tím, že pokud budu chtít (1) získat více informací o tom, jak je nakládáno s informacemi o mém zdravotním stavu; (2) uplatňovat všechna práva, která mám, jako například právo na přístup, opravu, omezení, odpor nebo vymazání; nebo (3) zrušit právo těchto organizací na získávání informací o mém zdravotním stavu, musím o této skutečnosti písemně informovat svého lékaře a svou antidopingovou organizaci. Rozumím a souhlasím s tím, že může být nezbytné, aby informace týkající se TV, předložené před zrušením mého souhlasu, byly uchovány pro účely vyšetřování nebo řízení souvisejících s případným porušením antidopingových pravidel, pokud to vyžaduje Kodex, Mezinárodní standardy, nebo vnitrostátní antidopingové zákony; nebo založit, uplatnit nebo obhájit právní nárok, který se týká mne, WADA a / nebo ADO.

Souhlasím s tím, aby rozhodnutí, které se bude týkat této žádosti, bylo k dispozici všem antidopingovým organizacím nebo dalším organizacím, které mají pravomoc mě testovat či nakládat s výsledky testování.

Jsem srozuměn/a a akceptuji, že ti, kteří obdrží informace o mé osobě a o rozhodnutí, týkající se této žádosti, se mohou nacházet v jiné zemi, než ve které žiji. V některých těchto zemích nemusí být zákony na ochranu osobních dat a soukromí shodné s těmi, které jsou platné v mé zemi. Chápu, že mé informace mohou být uloženy v ADAMS, který je spravován WADA na serverech se sídlem v Kanadě a uchovávají se po dobu, jak je uvedeno v Mezinárodním standardu pro ochranu soukromí a osobních údajů (ISPPPI).



Jsem srozuměn/a s tím, že jestliže se budu domnívat, že mé osobní údaje nejsou používány v souladu s tímto souhlasem a s ISPPPI, mohu podat stížnost k WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)) nebo k národnímu orgánu pro ochranu osobních údajů v mé zemi.

Rozumím tomu, že výše uvedené subjekty se mohou řídit vnitrostátními antidopingovými zákony, které jsou nadřazeny mému souhlasu nebo jinými platnými zákony, které mohou vyžadovat, aby byly informace předány místním soudům, orgánům činným v trestním řízení nebo jiným orgánům veřejné správy. Mohu získat více informací o národních antidopingových předpisech od mé mezinárodní federace nebo národní antidopingové agentury.

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 relevant 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. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation. 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 any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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 purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

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 my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)), or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.



**Podpis sportovce:** \_\_\_\_\_  
*Athlete's signature*

**Datum:**  
*Date*

**Podpis rodiče/zákon.zástupce:** \_\_\_\_\_  
*Parent's/Guardian's signature*

**Datum:**  
*Date*

(V případě, že se jedná o sportovce neproletého či handicapovaného tak, že mu tento handicap znemožňuje podpis tohoto dokumentu, žádost podepisuje rodič nebo zákonný zástupce jménem sportovce.

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

**Kompletně vyplněnou žádost pošlete Antidopingovému výboru ČR na níže uvedenou adresu nebo mailem nebo prostřednictvím databázového systému ADAMS (ponechte si kopii)**

***Please submit the completed form to the Czech Anti-Doping Committee to the address below or by mail or via ADAMS (keeping a copy for your records)***