

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΚΟΠΟ (ΕΧΘεΣ)

THERAPEUTIC USE EXEMPTION (TUE) APPLICATION

Τα πεδία 1, 2 και 6 συμπληρώνονται από τον Αθλητή (ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του) και τα πεδία 3, 4 και 5 από τον θεράποντα ιατρό/ Sections 1, 2, and 6 to be completed by Athlete or Guardian and sections 3, 4, and 5 by the Prescribing Physician.

Αιτήσεις ΕΧΘεΣ δεν θα εξετάζονται εκτός εάν, μαζί με την αίτηση, υποβάλλονται επιπλέον ιατρικά αποδεικτικά που να δικαιολογούν την ανάγκη για Εξαιρέση Χρήσης για Θεραπευτικό Σκοπό. Τα αποδεικτικά θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Πλήρες ιατρικό ιστορικό και τα αποτελέσματα όλων των σχετικών κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων
- Αντίγραφα των πρωτότυπων αναφορών ή επιστολών ή εκθέσεις ειδικών
- Κλινική αιτιολόγηση για την αιτούμενη χρήση της Απαγορευμένης Ουσίας ή Απαγορευμένης Μεθόδου για τις περιπτώσεις που υπάρχει άλλη εναλλακτική, επιτρεπόμενη θεραπεία.

Αιτήσεις ΕΧΘεΣ για χρήση β2-αγωνιστών θα πρέπει να συνοδεύονται από το Συμπληρωματικό Έντυπο για β2-αγωνιστές.

TUE applications will not be reviewed unless additional medical evidence is submitted with this application to justify the need for Therapeutic Use Exemption. Medical evidence to confirm the diagnosis should include:

- Comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies
- Copies of original reports, letters, and specialist reviews
- Clinical justification of the use of a Prohibited Substance or Prohibited Method when there are reasonable alternative medications available

TUE Applications for beta-2 agonists must be accompanied by the Beta-2 agonist Supplementary Form.

1. Στοιχεία Αθλητή/ Athlete Information

Επίθετο Surname	.....	Όνομα Given Name	.....
Φύλο Gender	Άρρεν/Male <input type="checkbox"/> Θήλυ/Female <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία γέννησης (Η/Μ/Ε) Date of birth (D/M/Y)	.....
Προτιμώμενος τρόπος επικοινωνίας Preferred method of communication	Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο/ E-mail <input type="checkbox"/> Κυπριακά Ταχυδρομεία/ Cyprus Postal Services <input type="checkbox"/>		
Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	.....	
Ταχυδρομική διεύθυνση Mailing Address	.....	
Πόλη City	.....	Ταχ. Κώδικας Postal Code	.....
Χώρα Country	.....	
Τηλέφωνο οικίας Tel. Home	.....	Τηλ. Εργασίας Tel. Work	.....
Κινητό Mobile	.....	
Άθλημα Sport	.....	Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία National Sport Organisation	.....

2. Στοιχεία Προηγούμενων Αιτήσεων ΕΧΘΣ (TUE Request History)

Έχετε υποβάλει προηγούμενη αίτηση ΕΧΘΣ; Have you submitted a previous TUE application?	Ναι/ Yes <input type="checkbox"/> Όχι/ No <input type="checkbox"/>		
Για ποια/ες ουσία/ες; For which substance(s)?	.....	
Σε ποιον οργανισμό αντι-ντόπινγκ; To which anti-doping organization?	.....	
Πότε; When?	.....	Απόφαση Decision:	Εγκρίθηκε/ Approved <input type="checkbox"/> Απορρίφθηκε/ Declined <input type="checkbox"/>

3. Ιατρικά Στοιχεία (Medical Information)

Διάγνωση (παρακαλώ επισυνάψτε στοιχεία που επιβεβαιώνουν την διάγνωση):
Diagnosis (please attach evidence to support this diagnosis):

Ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν (παρακαλώ επισυνάψτε τα αποτελέσματα):
Medical examination(s)/test(s) performed (please attach the results):

4. Στοιχεία Αγωγής/ Medication Details

Απαγορευμένη Ουσία Prohibited Substance	Δόση/Μονάδα μέτρησης Dose/Units of administration	Οδός χορήγησης Route of administration	Συχνότητα χορήγησης Frequency of administration	Προτιθέμενη διάρκεια θεραπείας Intended duration of treatment
Συμπληρώστε με ακρίβεια Provide precise information	π.χ. 200 mg e.g., 200 mg	π.χ. εισπνοή, από το στόμα e.g. inhalation, oral	π.χ. 1X2, 1X4 e.g., BID, QID	π.χ. εφ' άπαξ, επείγουσα, ένα έτος. e.g., one-time use, emergency, one year
1.				
2.				
3.				
4.				

Εάν επιτρεπόμενη αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της παθολογικής κατάστασης, δώστε κλινική αιτιολόγηση για την αιτούμενη χρήση της απαγορευμένης αγωγής:
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

5. Στοιχεία και Δήλωση Ιατρού/ Medical Practitioner Details and Declaration

Επίθετο Surname	-----	Όνομα Given Name	-----
Ειδικότητα Medical Specialty	-----		
Διεύθυνση Address	-----		
Πόλη City	-----	Ταχ. Κώδικας Postal Code	-----
		Χώρα Country	-----
Τηλέφωνο Telephone	-----	Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	-----

Βεβαιώ ότι η ουσία ή οι ουσίες που αναφέρονται πιο πάνω για τον Αθλητή στον οποίο αφορά η παρούσα Αίτηση θα χρησιμοποιηθούν ή χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία της πιο πάνω αναφερόμενης ιατρικής κατάστασης. Βεβαιώ, επίσης, ότι η χρήση της εναλλακτικής θεραπείας με ουσίες ή μεθόδους που δεν περιλαμβάνονται στον Κατάλογο Απαγορευμένων Ουσιών και Μεθόδων, θα ήταν μη ικανοποιητική για την πιο πάνω αναφερόμενη ιατρικής κατάσταση.

Για περιπτώσεις Αθλητών ηλικίας κάτω των 18 ετών που δεν ενημέρωσα σχετικά τους γονείς/ κηδεμόνα του Αθλητή, αυτό οφείλεται στο ότι κρίνω τον Αθλητή ικανό για να δώσει συγκατάθεση για τη θεραπεία.

Κατανοώ ότι τα στοιχεία μου θα τηρούνται σε βάση δεδομένων για το αντί-ντόπινγκ και σε αυτά, στα πλαίσια της εφαρμογής των προγραμμάτων αντί-ντόπινγκ, μπορεί να έχουν πρόσβαση ο Αθλητής, η αρμόδια Διεθνής Ομοσπονδία, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Αντί-Ντόπινγκ και η Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ.

I certify that 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.

If the Athlete is under 18 and I have not notified the Athlete's parent/guardian, this is because I consider the Athlete to be competent to give consent to treatment.

I understand that my details will be held on an anti-doping database and may be accessible by the Athlete, their International Federation, the World Anti-Doping Agency, and the Cyprus Anti-Doping Authority in order to allow them to administer the anti-doping programme.

Υπογραφή Ιατρού Signature of medical practitioner	-----	Ημερ/via Date	-----
--	-------	--------------------------------	-------

Εάν ο Αθλητής είναι κάτω των 18 ετών, είναι ενήμεροι οι γονείς/κηδεμόνας για τη θεραπεία; / If the Athlete is under 18, does the Athlete's parent/guardian know about the treatment?

Nai/ Yes
'Οχι/ No

Οι σχετικές εκθέσεις και αποτελέσματα εξετάσεων επισυνάπτονται στην αίτηση; / Are the relevant medical reports and examination/test results attached to this application?

Nai/ Yes
'Οχι/ No

6. Δήλωση – Εξουσιοδότηση Αθλητή/Athlete's Declaration - Consent

Βεβαιώ ότι τα στοιχεία που περιέχονται στα πεδία 1 και 2 της παρούσας Αίτησης ΕΧΘΕΣ είναι ακριβή και, με αυτή, αιτούμε έγκριση για τη χρήση μιας ουσίας ή μεθόδου που περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Απαγορευμένων Ουσιών και Μεθόδων.

I certify that the information submitted on this TUE application form is accurate and that I am applying for an exemption for the use, for therapeutic purposes, of a substance or method included on the Prohibited List.

Συγκατατίθεμαι για να λάβουν γνώση των προσωπικών του δεδομένων που σχετίζονται με την παρούσα Αίτηση η Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ (CyADA), το προσωπικό της Επιτροπής ΕΧΘΕΣ της

I authorise the release of my personal medical information related to this declaration to the Cyprus Anti-Doping Authority (CyADA) as well as to World Anti-

CyADA καθώς επίσης το προσωπικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Αντί-Ντόπινγκ (WADA) και άλλων Οργανισμών Αντί-Ντόπινγκ, σύμφωνα με τις πρόνοιες του Παγκόσμιου Κώδικα Αντί-Ντόπινγκ και τους κανονισμούς αντί-ντόπινγκ του αθλήματός μου.

Κατανοώ και συμφωνώ ότι:

- Τα στοιχεία μου από την παρούσα αίτηση ΕΧΘεΣ θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την εφαρμογή από τους παραπάνω Οργανισμούς Αντί-Ντόπινγκ του προγράμματος αντί-ντόπινγκ, σύμφωνα με τις Διεθνείς Προδιαγραφές για τις Εξαιρέσεις Χρήσης για Θεραπευτικό Σκοπό (ΕΧΘεΣ).
- Τα στοιχεία μου από την αίτηση ΕΧΘεΣ θα συλλεγούν από την CyADA η οποία έχει την κύρια ευθύνη για τη διασφάλιση των πληροφοριών αυτών. Η CyADA θα εφαρμόσει το δικό της σύστημα για τη φύλαξη, την παρακολούθηση και τη διαχείριση των στοιχείων αυτών, συμπεριλαμβανομένων της γνωστοποίησής τους σε εξουσιοδοτημένους αποδέκτες. Η CyADA μπορεί, για το σκοπό αυτό, να χρησιμοποιήσει το σύστημα ADAMS (Anti-Doping Administration and Management System) σε συνεργασία με τον WADA.
- Τα στοιχεία μου από την αίτηση ΕΧΘεΣ ή μέρος των στοιχείων, θα γίνουν γνωστά σε εξουσιοδοτημένους Οργανισμούς Αντί-Ντόπινγκ (όπως συγκεκριμένοι Εθνικοί Οργανισμοί Αντί-Ντόπινγκ, η Διεθνής ή η Κυπριακή ομοσπονδία του αθλήματός μου και ο WADA).
- Τα στοιχεία μου από την αίτηση ΕΧΘεΣ μπορεί να χρειαστεί να γνωστοποιηθούν σε ανεξάρτητους ιατρούς ή/και άλλους επιστήμονες, καθώς και στο απαραίτητο προσωπικό που εμπλέκεται στον χειρισμό ή αξιολόγηση της αίτησης, αν απαιτείται.
- Πρόσωπα ή φορείς που ενδέχεται να λάβουν τα στοιχεία μου μπορεί να βρίσκονται εκτός της χώρας διαμονής. Σε ορισμένες χώρες ο νόμος για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και της ιδιωτικής ζωής μπορεί να μην είναι το ίδιο αυστηρή με της χώρας διαμονής μου.
- Μπορεί, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, να έχω συγκεκριμένα δικαιώματα σε σχέση με τα στοιχεία της αίτησης ΕΧΘεΣ, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος πρόσβασης ή/και της διόρθωσης κάθε ανακριβές στοιχείου σε σχέση με την αίτηση, δεδομένου ότι η διόρθωση θα γίνει πριν από την υποβολή μου σε έλεγχο ντόπινγκ, εντός ή εκτός αγώνα και
- Σε περίπτωση που έχω οποιουσδήποτε ενδοιασμούς σχετικά με την επεξεργασία των στοιχείων από την αίτηση ΕΧΘεΣ, μπορεί να αποταθώ στη CyADA.

Doping Agency (WADA) staff, and to other Anti-Doping Organisations under the provisions of the World Anti-Doping Code (WADC) and the anti-doping rules of my sport.

I understand and agree that:

- My TUE data will only be used to allow the above organisations to administer the anti-doping programme in accordance with the WADC International Standard for Therapeutic Use Exemptions (TUE);
- My TUE data will be collected by CyADA who shall be principally responsible for ensuring the protection of this data. CyADA will use its system to store, monitor and manage this data, including its disclosure to authorised recipients. In that respect, CyADA may also use the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) in collaboration with WADA.
- My TUE data, or part of it, will be made accessible to authorised Anti-Doping Organisations (for instance, designated National Anti-Doping Organisations, the International or the Cyprus national federation of my sport and WADA);
- My TUE data may have to be shared with other independent medical and/or scientific experts, and all necessary staff involved in the management or review of my declaration of use, if applicable;
- Persons or parties receiving information may be located outside the country where I reside. In some other countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my own country;
- I may have certain rights under applicable laws in relation to my TUE application data, including rights to access and/or correct any inaccurate data, considering the correction is made before being tested, in- or out-of-competition; and
- To the extent that I have any concerns about the processing of my TUE data I may consult with CyADA.

Ανάκληση της Συγκατάθεσης Γίνεται κατανοητό ότι σε περίπτωση που αποφασίσω να ανακαλέσω το δικαίωμα της CyADA και των εξουσιοδοτημένων Οργανισμών Αντί-Ντόπινγκ (συγκεκριμένους Εθνικούς Οργανισμούς Αντί-Ντόπινγκ, τη Διεθνή ή την Κυπριακή ομοσπονδία του αθλήματός μου και τον WADA) για να έχουν πρόσβαση στα στοιχεία μου από τη αίτηση ΕΧΘεΣ, υποχρεούμαι να ενημερώσω εγγράφως για την απόφασή μου αυτή τον θεράποντα ιατρό και τη CyADA.		Withdrawal of Consent It is understood that if I ever wish to revoke the right of CyADA and authorised Anti-Doping Organisations (designated National Anti-Doping Organisations, the International or National Federation of my sport, and WADA) to access my TUE information, I must notify my medical practitioner and CyADA in writing of that fact.	
Εξουσιοδότηση και Συγκατάθεση/ Authorisation and Consent Με την υπογραφή του παρόντος εντύπου δίνω ρητή συγκατάθεση για τη χρήση των στοιχείων από τη αίτηση ΕΧΘεΣ που υποβάλλω, όπως αναφέρεται παραπάνω/ By signing this form I expressly consent to the use of my TUE data, as set out above.			
Υπογραφή Αθλητή Athlete's Signature		Ημερομηνία Date	
Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα/ Parent or guardian signature Εάν ο Αθλητής είναι ανήλικος και δεν θεωρείται ικανός για να δώσει συγκατάθεση για τη θεραπεία ή δεν δύναται, λόγω πάθησης, να υπογράψει αυτή τη αίτηση, ο γονέας ή ο νόμιμος αντιπρόσωπός του/της θα πρέπει να συνυπογράψει με τον Αθλητή το έντυπο, ή να το υπογράψει για λογαριασμό του/της. If the Athlete is a minor and is not deemed to be competent to give their consent to the treatment 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.			
Επίθετο Surname		Όνομα Name	
Υπογραφή Γονέα ή νόμιμου αντιπροσώπου Parent or Guardian Signature		Ημερομηνία Date	

Παρακαλώ υποβάλετε τη συμπληρωμένη αίτηση ΕΧΘεΣ με τα ιατρικά αποδεικτικά στην Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ και κρατήστε αντίγραφο για το αρχείο σας.
 Please submit the completed TUE Form and the medical evidence to the Cyprus Anti-Doping Authority and keep a copy for your records.

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΑΡΧΗ ΑΝΤΙ-ΝΤΟΠΙΝΓΚ, Τομέας TUE, «Λευκόθεο» Κλειστό Γυμναστήριο, Λεωφόρος Μακαρείου Αθλητικού Κέντρου, Έγκωμη, Λευκωσία, ΤΤ 2400, Κύπρος
CYPRUS ANTI-DOPING AUTHORITY, TUE Dept., «Lefkotheo» Indoor Hall, Makarion Athletic Centre Avenue, Engomi, Nicosia, CY-2400, Cyprus
 Φαξ/Fax: +357 22351307 / E-mail: tue@cyada.org.cy