

Suomen Antidopingtoimikunta
• ADT RY •Finnish Antidoping Agency
• FINADA •

Erivapaus lääkinnällistä käyttöä varten, Therapeutic Use Exemptions TUE

**Hakemuslomake
Application Form**Täytä lomakkeen kaikki kohdat suuraakkosin tai koneella
Please complete all sections in capital letters or typing

1. Urheilijan tiedot Athlete Information			
Sukunimi Surname		Etunimet Given Names	
Nainen Female	<input type="checkbox"/>	Mies Male	<input type="checkbox"/>
Syntymäaika Date of Birth (d/m/y)			
Katuosoite Address			
Postinumero ja -toimipaikka Postcode, City			Maa Country
Puhelin (myös maasuuntanumero) Tel. (with international code)		Sähköposti E-mail	
Laji Sport			
Alalaji Discipline/ Position			
Kuulutko ADT:n testauspooliin? Are you included in FINADA's testing pool?		Kyllä Yes	<input type="checkbox"/>
		En No	<input type="checkbox"/>
Jos ei, taso tai sarja jossa kilpailet If not, the level or series in which you compete			
Kansainvälinen tai kansallinen lajiliitto International or National Sport Organization			
Jos urheilijalla vamma, mikä If athlete with disability, indicate disability			

2. Sairautta koskevat tiedot Medical information	
Diagnoosi ja riittävät tiedot sairaudesta/tilasta (ks. ohje 1) Diagnosis with sufficient medical information (see note 1)	
Jos sairautta tai tilaa voidaan hoitaa sallituilla lääkkeillä, ilmoita kliiniset perusteet hakemuksessa maimitun kielletyn lääkityksen käyttämiselle If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication	

3. Lääkitystä koskevat tiedot Medication details

Kielletty aine /kielletyt aineet: vaikuttava aine Prohibited substance(s): Generic name	Annos Dose of administration	Antotapa Route of administration	Antotiheys Frequency of administration
1.			
2.			
3.			
Hoidon suunniteltu kesto (valitse sopiva vaihtoehto) Intended duration of treatment (please tick appropriate box)	Vain kerran Once only <input type="checkbox"/>	Tarvittaessa Emergency <input type="checkbox"/>	Tai kesto (viikkoa/kuukautta) Or duration (week/month)
Onko hakija hakenut aiemmin jotain erivapautta? Have you submitted any previous TUE application?	Kyllä Yes <input type="checkbox"/>	Ei No <input type="checkbox"/>	Minkä aineen käyttöä varten? For which substance?
Keneltä erivapautta on haettu? To whom?			Milloin? When?
Päätös: Decision:	Hyväksytty Approved <input type="checkbox"/>	Evätty Not approved <input type="checkbox"/>	Liitä mukaan aiemmat erivapausluvut Attach previous TUE(s)

4. Lääkärin allekirjoitus Medical practitioner's declaration

Vakuutan, että edellä mainittu hoito on lääketieteellisesti asianmukaista ja että vaihtoehtoisen, kiellettyjen aineiden ja menetelmien luetteloon sisällyttämättömän lääkityksen käyttö ei sovellu mainitun sairauden hoitoon.

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

Nimi Name	Erikoistumisala Medical speciality	
Osoite Address		
Puhelin Tel.	Faksi Fax	Sähköposti E-mail
Lääkärin allekirjoitus Signature of Medical Practitioner	Pvm Date	

5. Urheilijan allekirjoitus Athlete's declaration

Minä, _____ vakuutan, että kohdassa 1. antamani tiedot ovat oikeat ja että anon erivapautta Maailman Antidopingtoimisto WADA:n Kiellettyjen aineiden ja menetelmien luettelossa mainitun aineen tai menetelmän käyttöön. Annan luvan terveystietojeni luovuttamiseen Suomen Antidopingtoimikunta ADT ry:n ja WADA:n henkilökunnalle sekä WADA:n erivapauslautakunnalle ja muille antidopingorganisaatioille Maailman antidopingsäännösten mukaisesti. Olen tietoinen siitä, että jos haluan myöhemmin perua luvan terveystietojeni luovuttamiseen näille tahoille, minun on ilmoitettava siitä kirjallisesti lääkärielleni ja antidopingtoimikunnalleni.

I, _____ certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the World Anti-Doping Agency WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Finnish Antidoping Agency FINADA as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other Antidoping Organization (ADO) under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.

Urheilijan allekirjoitus Athlete's signature	Pvm Date
Huoltajan allekirjoitus Parent's/Guardian's signature	Pvm Date
(jos urheilija on alaikäinen tai ei vammansa vuoksi pysty allekirjoittamaan tätä lomaketta, hänen holhoojansa allekirjoittaa sen urheilijan kanssa tai hänen puolestaan) (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 or behalf of the athlete)	

6. Ohjeet Notes

Ohje 1	Diagnoosi Liitä hakemukseen diagnoosin vahvistava lääkärintodistus. Liitteistä tulee käydä ilmi sairaushistoria ja kaikki mahdolliset asiaan liittyvät lääketieteelliset tutkimukset, labo-ratoriokeiden 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.
Note 1	Diagnosis 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.

Puutteellisesti täytetyt hakemukset palautetaan ja ne on lähetettävä uudestaan. Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted.	Tyhjennä lomake Clear the form	Suomen Antidopingtoimikunta ADT ry Finnish Antidoping Agency FINADA Radiokatu 20, FI-00240 Helsinki, Tel. +358(0)9 3481 2020, Fax +358(0)9 148 5195, info@antidoping.fi, www.antidoping.fi
Lähetä täytetty hakemus ADT:lle ja säilytä itselläsi siitä kopio. Please submit the completed form to the FINADA and keep a copy for your records.	Tulosta lomake Print the form	