



ŽÁDOST O UDĚLENÍ TERAPEUTICKÉ VÝJIMKY (TV)

THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE)

Prosím, vyplňte všechny části **velkým tiskacím písmem nebo na stroji**.

Please complete all sections in capital letters or typing.

1. Informace o sportovci 1. Athlete Information

Příjmení:	Jméno:	
<i>Surname</i>	<i>Given Names</i>	
Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> (vyznačte křížkem)	Datum narození (den/měsíc/rok):	
<i>Female</i> <i>Male</i>	<i>Date of Birth (d/m/y)</i>	
Adresa:		
<i>Address</i>		
Město:	Země:	PSČ:
<i>City</i>	<i>Country</i>	<i>Postcode</i>
Tel:	E-mail:	
<i>(s mezinárodní předvolbou / with international code)</i>		
Sport:	Disciplína/Pozice:	
	<i>Discipline/Position</i>	
Národní nebo mezinárodní svaz:		
<i>International or National Sporting Organization</i>		
V případě zdravotního handicapu, specifikovat:		
<i>If athlete with disability, indicate disability</i>		

2. Lékařská zpráva 2. Medical Information

Diagnóza s dostatečnými lékařskými informacemi (viz. poznámka 1):

Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):

Pokud může být pro uvedenou diagnózu aplikován povolený lék, uveďte odůvodnění potřeby užití léku obsahujícího zakázanou látku:

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

**3. Podrobnosti užívání zakázané látky** 3. Medical details

Zakázaná látka(y): <i>Prohibited substance(s):</i>	Dávka: <i>Dose:</i>	Způsob aplikace: <i>Route:</i>	Frekvence dávky: <i>Frequency:</i>
1.			
2.			
3.			

Předpokládaná doba užívání: (vyznačte křížkem) <i>Intended duration of treatment:</i> (Please tick appropriate box)	jen jednou <input type="checkbox"/> <i>once only</i>	mimořádně <input type="checkbox"/> <i>emergency</i>
nebo doba trvání (týden/měsíc): <i>or duration (week/month)</i>		

Už jste dříve podával(a) žádost o TV: <i>Have you submitted any previous TUE application:</i>	ANO <input type="checkbox"/> <i>yes</i>	NE <input type="checkbox"/> <i>no</i>
Pro jaké látky? <i>For which substances?</i>		
U které antidopingové organizace? <i>To whom?</i>		Kdy? <i>When?</i>
Rozhodnutí: <i>Decision:</i>	Povoleno <input type="checkbox"/> <i>Approved</i>	Zamítnuto <input type="checkbox"/> <i>Not approved</i>

4. Prohlášení lékaře 4. Medical practitioner's declaration

Potvrzují, že výše uvedená látka(y) je předepsaná jako správná léčba pro uvedený zdravotní stav. Dále potvrzují, že užívání jiných léků neobsahujících zakázané látky by bylo nedostačující pro léčbu již zmíněného zdravotního stavu. <i>I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medications not on the Prohibited list would be unsatisfactory for this condition.</i>	
Jméno: <i>Name</i>	
Lékařská specializace: <i>Medical Speciality</i>	
Adresa: <i>Address</i>	
Tel.:	Fax:
E-mail:	
Podpis lékaře: <i>Signature of Medical Practitioner</i>	Datum: <i>Date</i>

**5. Prohlášení sportovce** 5. Athlete's declaration

Já, prohlašuji, že informace uvedené v bodě č. 1 jsou přesné a že žádám o souhlas k použití látky nebo metody ze Seznamu zakázaných látek a metod. Souhlasím s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu KTV (Komise pro terapeutické výjimky) Antidopingového výboru České Republiky (dále ADV ČR), příslušným orgánům WADA KTV a také jiným antidopingovým organizacím podle ustanovení Kodexu. Jsem srozuměn s tím, že pokud budu chtít zrušit právo KTV ADV ČR nebo WADA KTV na získávání informací o mém zdravotním stavu, musím o této skutečnosti písemně informovat lékaře.

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

Podpis sportovce: **Datum:**
Athlete's signature Date

Podpis rodiče / zákonného zástupce **Datum:**
Parent's /Guardian's signature Date

(V případě, že se jedná o sportovce neploletého, či postiženého tak, že mu postižení znemožňuje podpis tohoto dokumentu, je vyžadován podpis rodiče či zákonného zástupce, který jedná ve jménu sportovce)
(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 on behalf of the athlete)

6. Poznámka 6. Note**Poznámka 1**
*Note 1***Diagnóza**

Nálezky potvrzující diagnózu musí být přiloženy k formuláři. Lékařská zpráva má obsahovat osobní anamnézu, výsledky všech příslušných vyšetření, laboratorních vyšetření a použitých zobrazujících metod. Kopie originálních zpráv je třeba přiložit. Je třeba dodržet co největší objektivitu při zhodnocení klinických stavů a v případě příznaků, které nelze demonstrovat, je vhodné uvést názor nezávislého odborníka - lékaře.

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.

Neúplné žádosti budou vráceny k doplnění.

Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted.

Kompletně vyplněnou žádost pošlete antidopingové organizaci a ponechte si kopii.

Please submit the completed form to the ADO and keep a copy for your records.