

**ZKRÁCENÁ ŽÁDOST O UDĚLENÍ TERAPEUTICKÉ VÝJIMKY  
ZTV****ABBREVIATED THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS  
ATUE**

Prosím, vyplňte všechny části hůlkovým písmem nebo na stroji.  
*Please complete all sections in capital letters or typing.*

beta-2 agonisté v inhalační formě <input type="checkbox"/> <i>beta-2 agonists by inhalation</i>	glukokortikosteroidy při lokální aplikaci * <input type="checkbox"/> <i>glucocorticosteroids by non-systemic routes *</i>
--	--

\* Jiné aplikace než orální, rektální, intravenózní a intramuskulární.

**Dermatologické přípravky nevyžadují terapeutickou výjimku.**

*\* All routes other than orally, rectally, intravenously and intramuscularly.  
Dermatological glucocorticosteroids do not require any TUE.*

**1. Informace o sportovci** 1. Athlete Information

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

**2. Lékařská zpráva** 2. Medical Information

<b>Diagnóza:</b> .....
<i>Diagnosis</i>
.....
.....
<b>V PŘÍPADĚ BRONCHIÁLNÍ OBSTRUKCE DOLOŽTE KOPÍI PROKAZUJÍCÍHO VYŠETŘENÍ!</b> <i>PROVIDE A COPY OF THE EXAMINATION IN CASE OF A BRONCHIAL OBSTRUCTION!</i>
<b>Kritéria pro vyšetření viz. / SEE CRITERIA</b> <a href="http://www.antidoping.cz/documents/kriteria_pro_antiastmatika.doc">www.antidoping.cz/documents/kriteria_pro_antiastmatika.doc</a>
<b>Každá zkrácená terapeutická výjimka může být kdykoli přezkoumána ADO a/nebo WADA.</b> <i>Any ATUE may be reviewed at any time, by the ADO and/or WADA.</i>



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: (Please tick appropriate box)</i>	jen jednou <input type="checkbox"/> mimořádně <input type="checkbox"/> <i>once only    emergency</i> nebo doba trvání (týden/měsíc):..... <i>or duration (week/month)</i>		

**3. Prohlášení lékaře a sportovce**    3. *Medical practitioner's and athlete's declaration*

Potvrzuji, že výše uvedená látka(y) je předepsaná jako správná léčba pro uvedený zdravotní stav. Dále potvrzuji, že užívání jiných léků neobsahujících zakázané látky by bylo nedostačující pro léčbu již zmíněného zdravotního stavu.

*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.*

Jméno: .....  
*Name*

Kvalifikace a specializace: .....  
*Medical Speciality*

Adresa: .....  
*Address*

Tel.: ..... Fax: .....

E-mail: .....

Podpis lékaře: ..... Datum: .....  
*Signature of Medical Practitioner    Date*

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) ADV ČR, příslušným orgánům WADA KTV a také jiným Antidopingovým organizacím podle předpisu 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 neproletého, 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)*

**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.*