



Komisja  
do Zwalczenia  
Dopingu w Sporcie

## Komisja do Zwalczenia Dopingu w Sporcie

ul. Łazienkowska 6A  
00-449 Warszawa, Polska  
tel. +48 22 529 88 43, fax +48 22 529 89 12

## Polish Anti-Doping Agency

Łazienkowska 6A Str.  
00-449 Warszawa, Poland  
tel. +48 22 529 88 43, fax +48 22 529 89 12

# TUE

## Wniosek o zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych Therapeutic Use Exemptions Application form

**Proszę wypełnić drukowanymi literami lub pismem maszynowym!**

Please complete all sections in printed letters or by typing!

### 1. Informacja o sportowcu

#### 1. Athlete information

<b>Nazwisko:</b> Surname:				<b>Imię/Imiona:</b> Given name/names:			
<b>Kobieta:</b> Female:	<input type="checkbox"/>	<b>Mężczyzna:</b> Male:	<input type="checkbox"/>	<b>Data urodzenia:</b> Date of birth:	Dzień/day	Miesiąc/month	Rok/year
<b>Adres koresp.:</b> Address:	Ulica/street:						
<b>Kod pocztowy:</b> Postcode:				<b>Miasto:</b> City:			
<b>Państwo:</b> Country:				<b>Telefon:</b> Phone:	Z numerem kierunkowym/with international code		
<b>E-mail:</b> E-mail:							
<b>Sport:</b> Sport:				<b>Dyscyplina/stanowisko:</b> Discipline/position:			
<b>Międzynarodowa lub Krajowa Organizacja Sportowa:</b> International or National Sport Organization:							
<b>Jeśli zawodnik jest niepełnosprawny, proszę określić stopień niepełnosprawności:</b> If athlete with disability, indicate disability:							



# Zezwolenie na używanie substancji i/lub metod zabronionych dla celów terapeutycznych

Therapeutic Use Exemptions

## 3. Szczegóły leczenia

### 3. Medical details

<b>Substancja/e zabroniona/e (nazwy międzynarodowe*)</b> Prohibited substance(s) (generic name)	<b>Dawka</b> Dose	<b>Droga podawania</b> Route of administration	<b>Schemat podawania</b> Frequency	<b>Czas podawania</b> Duration of treatment
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

\* Proszę podać również nazwę handlową, jeśli dawkowanie zależy od preparatu.

\* If dosage depends on the drug, please specify trade name of the drug, too.

## 4. Oświadczenie lekarza

### 4. Medical practitioner's declaration

<b>Potwierdzam, że wyżej wymienione leczenie jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia oraz, że zastosowanie innego leku, który nie znajduje się na liście środków i metod zabronionych, nie byłoby wystarczające do leczenia stanu chorobowego zawodnika.</b> 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.				
<b>Imię i nazwisko:</b> Given name and surname:				
<b>Specjalizacja:</b> Medical specialty:				
<b>Adres:</b> Address:		Ulica/street		
<b>Tel.:</b> Tel.:		<b>Fax:</b> Fax:		
<b>E-mail:</b> E-mail:				
<b>Podpis lekarza:</b> Signature of Medical Practitioner:		<b>Data:</b> Date:	Dzień/day	Miesiąc/month
			Rok/year	

## 5. Wniosek ze skutkiem wstecznym

### 5. Retroactive application

<p><b>Czy jest to wniosek ze skutkiem wstecznym?</b> Is this a retroactive application?</p>	<p><b>Proszę podać uzasadnienie:</b> Please indicate reason:</p>
<p><b>Tak:</b> Yes: <input type="checkbox"/></p> <p><b>Nie:</b> No: <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jeżeli tak, kiedy rozpoczęto leczenie?</b> If yes, on what date was treatment started?  _____</p>	<p><b>Konieczne było leczenie nagłego lub ostrego stanu chorobowego</b> Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary <input type="checkbox"/></p> <p><b>Z uwagi na inne wyjątkowe okoliczności nie było wystarczająco dużo czasu ani możliwości, aby złożyć wniosek przed pobraniem próbki</b> Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection <input type="checkbox"/></p> <p><b>Zgodnie z odpowiednimi przepisami wcześniejszy wniosek nie jest wymagany</b> Advance application not required under applicable rules <input type="checkbox"/></p> <p><b>Inne</b> <input type="checkbox"/> Other</p> <p><b>Proszę wyjaśnić:</b> Please explain: _____ _____ _____</p>

## 6. Wcześniejsze wnioski

### 6. Previous applications

<p><b>Czy wcześniej składano wniosek o zgodę na używanie substancji lub metod zabronionych w celach terapeutycznych?</b> Have you submitted any previous TUE application:</p>	<p><b>Tak:</b> Yes: <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Nie:</b> No: <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>Jeśli tak, to dla jakiej substancji?</b> If yes, for which substance?</p>					
<p><b>Adresat wniosku:</b> To whom:</p>		<p><b>Kiedy:</b> When:</p>	<p>Dzień/day</p>	<p>Miesiąc/month</p>	<p>Rok/year</p>
<p><b>Decyzja:</b> Decision:</p>	<p><b>Zgoda:</b> Approved: <input type="checkbox"/></p>		<p><b>Brak zgody:</b> Not approved: <input type="checkbox"/></p>		

**7. Oświadczenie sportowca**

## 7. Athlete's declaration

**Ja, ....., potwierdzam, że informacje podane w punkcie 1. są dokładne oraz że wnioskuję o zezwolenie na używanie substancji lub metody zabronionej umieszczonej na Liście Zabronionych Substancji i Metod WADA. Wyrażam zgodę na ujawnienie informacji lekarskich dotyczących mojej osoby organizacji antydopingowej, a także pracownikom WADA i Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych WADA zgodnie z postanowieniami Kodeksu. Rozumiem, że jeśli kiedykolwiek będę chciał cofnąć prawo Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych organizacji antydopingowej lub Komitetowi Wyłączeń Terapeutycznych WADA na uzyskiwanie informacji na temat mego zdrowia, muszę powiadomić o tym fakcie na piśmie lekarza.**

I, ....., certify that the information under point 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 Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other 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.

<b>Podpis sportowca:</b> Athlete's signature:		<b>Data:</b> Date:	Dzień/day	Miesiąc/month	Rok/year
<b>Jeśli zawodnik jest niepełnoletni lub niepełnosprawny, a jego niepełnosprawność uniemożliwia mu podpisanie wniosku, podanie podpisuje rodzic lub opiekun prawny razem ze sportowcem lub w imieniu sportowca.</b>					
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.					
<b>Podpis rodzica/opiekuna:</b> Parent's/guardian's signature:		<b>Data:</b> Date:	Dzień/day	Miesiąc/month	Rok/year

**Uwagi, załączniki** - Comments, attachments

**Niekompletne wnioski zostaną zwrócone i będą musiały być złożone ponownie!**

Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted!

**Wypełniony formularz należy przesłać do organizacji antydopingowej, a jego kopię zachować.**

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