
 <b>ANTIDOPING AGENCIJA REPUBLIKE SRBIJE</b>	<a href="http://www.adas.org.rs">www.adas.org.rs</a> <a href="mailto:test.grupa@adas.org.rs">test.grupa@adas.org.rs</a> <a href="mailto:info@adas.org.rs">info@adas.org.rs</a> Tel/Fax: (+381) 11 4064 136		
	Молим вас попуните све делове великим штампаним словима или електронски. Спортиста треба да попуни делове 1, 5, 6 и 7; лекар треба да попуни делове 2, 3 и 4. Нечитко написана или непотпуна пријава биће враћена и мораће да се поново пријави читко написана и комплетно попуњена.		
	Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.		

## Формулар за пријаву изузећа за терапеутску употребу (ТУЕ) Therapeutic use exemption (TUE) application form

### 1. Информације о спортисти / Athlete Information

Презиме: Surname: _____	Име: Given Names: _____	
Женско <input type="checkbox"/> Female	Мушко <input type="checkbox"/> Male	
Датум рођења (д.м.г): Date of Birth (d.m.y): _____		
Адреса: Address: _____		
Град: Town: _____	Држава: Country: _____	Поштански фах: Postcode: _____
Телефон: (са међународним кодом) Phone: _____		email: _____
Спорт (и позиција): Sport (and position): _____		
Међународна или национална спортска организација: International or National Sporting Organization: _____		
Ако спортиста има инвалидитет, навести који: If athlete has disability, indicate disability: _____		

### 2. Здравствене информације / Medical information

<b>Дијагноза: / Diagnosis:</b> _____ _____ _____
<b>Ако дозвољен лек може да се користи за лечење наведеног стања, наведите клиничко оправдање за коришћење недозвољеног лека:</b> <b>If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:</b> _____ _____ _____

#### **Коментар:**

*Dokazi koji potvrđuju dijagnozu biće prikupljeni i prosleđeni uz ovu prijavu. Medicinske informacije moraju da obuhvate opsežnu medicinsku istoriju bolesti i nalaze/rezultate određenih ispitivanja, laboratorijskih analiza i dijagnostičkih procedura. Fotokopije originalnih dokumenata ili izveštaja takođe treba da budu poslati uz ovu prijavu. Medicinski dokazi treba da budu što više objektivni, koliko je to u kliničkoj praksi moguće. U slučajevima bez potrebnih dokaza, nezavisno medicinsko mišljenje biće dodato uz ovu prijavu.*

*WADA raspolaže sa velikim brojem preporuka i smernica da pomogne lekarima u pripremi za popunjavanje i slanje TUE prijava. Ove smernice za lekare mogu se naći na sajtu WADA <https://www.wada-ama.org> kada se u pretragu nese termin "Medical Information". Smernice se odnose na dijagnoze i lečenje brojnih medicinskih stanja koja se najčešće javljaju kod sportista i zahtevaju lečenje zabranjenim supstancama.*

#### **Comment:**

*Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must 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. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.*

*WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.*

### 3. Детаљи о леку / Medication details

Забрањене материје: <b>ГЕНЕРИЧКИ НАЗИВ:</b> Prohibited substance(s): <b>Generic name</b>	Доза Dose	Количина Volume	Начин уноса Route	Учесталост Frequency	Трајање примене лека Frequency
1.					
2.					
3.					

### 4. Изјава лекара / Medical practitioner's declaration

Potvrđujem da je informacija u odeljku 2 i 3 iznad tačna, i da je iznad pomenuto lečenje medicinski odgovarajuće.  
I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

Име и презиме:  
Name: \_\_\_\_\_

Медицинска специјалност:  
Medical Speciality: \_\_\_\_\_

Адреса:  
Address: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Е-mail: \_\_\_\_\_

Потпис лекара опште праксе: \_\_\_\_\_ Датум: \_\_\_\_\_  
Signature of Medical Practitioner: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### 5. Ретроактивна пријава / Retroactive applications

<p><b>Да ли је ово ретроактивна пријава?</b> <b>Is this a retroactive application?</b></p> <p>да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Ако јесте, ког датума је почела примена лека: If yes, on what date was treatment started?</p> <p>_____</p>	<p>Молимо изаберите једну опцију:</p> <p><input type="checkbox"/> Ургентно лечење или лечење акутног медицинског стања је било неопходно Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</p> <p><input type="checkbox"/> Због других изузетних (ванредних) околности, није било довољно времена или прилике да се поднесе пријава пре допинг контроле Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</p> <p><input type="checkbox"/> Пријава пре примене лека није обавезна под важећим правилима Advance application not required under applicable rules</p> <p><input type="checkbox"/> Из разлога правичности (WAДА и ИФ/НАДО) одобрење се захтева) Fairness (WADA and [IF/NADO] approval required)</p> <p>Молимо вас додатно објасните: Please explain:</p> <p>_____</p>
--	---

### 6. Претходне пријаве / Previous applications

<p><b>Да ли сте поднели било када TUE пријаву било којој антидопинг организацији?</b> <b>Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?</b></p>		да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
<p>За коју супстанцу или метод? For which substance or method? _____</p>			
Коме? To whom? _____	Када? When? _____		
Одлука: Decision: _____	Одобрено <input type="checkbox"/>	Није одобрено <input type="checkbox"/>	
	Approved	Not approved	

## 7. Изјава спортисте / Athlete's declaration

Ја, \_\_\_\_\_ тврдим да су информације у одељку 1, 5 и 6 тачне. Сагласан сам да се личне информације проследи одговарајућој антидопинг организацији (АДО) као и WADA овлашћеном особљу, WADA TUEC (WADA Комитет за Изучење за терапеутску употребу) и друге АДО TUEC и овлашћено особље које може да има право на ове информације према Светском антидопинг коду (Код) и/или Интернационалном стандарду за изузеће за терапеутску употребу. Ове особе су подложне професионалном и поверљивом односу према уговору.

Слажем се да мој лекар проследи особама горе поменутим, било коју здравствену информацију коју они сматрају неопходном у циљу разматрања и прихватања моје пријаве.

Разумем да ће моје информације бити коришћене само за евалуацију моје TUE пријаве и у погледу потенцијалне истраге због повреде антидопинг правила и процедура. Разумем да ако ја икада желим да (1) добијем више информација о располагању са мојим здравственим подацима; (2) остварим своја права као што су приступ, корекцију, забрану, противљење и брисање; или (3) повлачење права ових организација да поседују моје здравствене информације. Морам да обавестим због лекара и антидопинг организацију о тој чињеници. Разумем и слажем се да је можда неопходно за информације повезане са TUE које су поднете пре одлуке да повучем мој пристанак да буду задржане у циљу истраживања и процесуирања повезаног са потенцијалним антидопинг правилом, када је то неопходно због Кода, Интернационалних стандарда или националних антидопинг закона, или да се успостави, спроведе или брани правна тврдња која укључује мене, WADA и/или АДО.

Слажем се са одлуком да ова пријава буде доступна свим АДО, или другим организацијама, са надлежношћу за тестирање и/или организацијом која управља мојим резултатима.

Разумем и прихватам да је особа која прима моје информације може да буду смештена изван земље у којој живим. У неким другим земљама, заштита података и закони о приватности могу да буду различити од оних у мојој земљи. Разумем да моје информације могу да буду чуване у ADAMS која припада WADA на серверима пореклом у Канади, и да ће бити задржани за период који је назначен у WADA Интернационалним стандардима за заштиту приватности и личних података (ISPPPI).

У ситуацији да имам било каквих недоумица или брига око тога како да ли се са мојим подацима у складу са овим захтевом или ISPPPI, могу да поднесем жалбу WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)) или мом националном регулаторном телу одговорном за заштиту података.

Разумем да су ентитети поменути у тексту изнад могу ослонити на и могу бити предмет националних антидопинг закона која имају право да одбаце моју сагласност или других важећих закона који могу да захтевају информације које ће бити доступне локалним судовима, спроводиоцима закона, или другим јавним властима. Могу да добијем више информација о националном антидопинг закону од моје интернационалне федерације или антидопинг агенција.

Потпис родитеља или старатеља (ако је спортиста малолетан или има инвалидитет који га спречава да потпише овај формулар, родитељ или старатељ потписаће овај формулар)

I, \_\_\_\_\_ certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the relevant Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. I understand that my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)), or my national regulator responsible for data protection in my country.

**Потпис спортисте:**

**Athlete's signature:** \_\_\_\_\_

**Датум:**

**Date:** \_\_\_\_\_

**Потпис родитеља/старатеља:**

**Parent's/Guardian's signature:** \_\_\_\_\_

**Датум:**

**Date:** \_\_\_\_\_

(ако је спортиста малолетан или има инвалидитет који га спречава да потпише овај формулар, родитељ или старатељ ће потписати овај формулар)

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

**Молимо вас да поднесете попуњен TUE образац Антидопинг агенцији Републике Србије на имејл адресу [test.grupa@adas.org.rs](mailto:test.grupa@adas.org.rs) (задржавајући своју копију извештаја).**

**Please submit the completed form to the ADAS email address [test.grupa@adas.org.rs](mailto:test.grupa@adas.org.rs) or fax and keep a copy for your records.**