

ΔΗΛΩΣΗ ΧΡΗΣΗΣ/ DECLARATION OF USE

Η *Δήλωση Χρήσης* αφορά μόνο: τις ουσίες Σαλβουταμόλη και Σαλμετερόλη με εισπνοή, τα γλυκοκορτικοστεροειδή που χορηγούνται με οδούς ενδοαρθρικές, περιαρθρικές, περιτενόντιες, επισκληρίδιες, ενδοδερμικές ή με εισπνοή και σκευάσματα παραγόμενα από αιμοπετάλια (platelet-derived preparations) (π.χ. πλάσμα εμπλουτισμένο σε αιμοπετάλια, «στροβιλισμός αίματος») με οδό χορήγησης άλλη από την ενδομυϊκή.

Για τις περιπτώσεις που οι ουσίες Σαλβουταμόλη ή Σαλμετερόλη χορηγούνται από το στόμα, για κάθε άλλη ουσία της κλάσης των β2-αγωνιστών, ανεξαρτήτου της οδού χορήγησης, για γλυκοκορτικοστεροειδή που χορηγούνται από το στόμα, το ορθό, ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς, για σκευάσματα παραγόμενα από αιμοπετάλια που χορηγούνται ενδομυϊκώς και για κάθε άλλη ουσία ή μέθοδο που περιλαμβάνεται στον Κατάλογο Απαγορευμένων Ουσιών και Μεθόδων του 2010, απαιτείται Αίτηση για *Εξαίρεση Χρήσης για Θεραπευτικό Σκοπό*.

A Declaration of Use is limited to the substances Salbutamol and Salmeterol administered by inhalation, Glucocorticosteroids administered by intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal and inhalation routes, and platelet-derived preparations (e.g. platelet rich plasma, "blood spinning") by non-intramuscular routes, only.

A Therapeutic Use Exemption is still required for Salbutamol and Salmeterol when administered by route other than inhalation, all other b2 agonists, Glucocorticosteroids administered by oral, intravenous, intramuscular or rectal routes, platelet-derived preparations administered by intramuscular injection and for all other substances listed on the 2010 Prohibited List.

1. Στοιχεία Αθλητή/τριας (Athlete Information)

Επίθετο Surname	-----	Όνομα Given Name	-----
Φύλο Gender	Άρρεν/Male <input type="checkbox"/> Θήλυ/Female <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία γέννησης (Η/Μ/Ε) Date of birth (D/M/Y)	-----
Προτιμώμενος τρόπος επικοινωνίας Preferred method of communication	Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο/ E-mail <input type="checkbox"/> Κυπριακά Ταχυδρομεία/ Cyprus Postal Services <input type="checkbox"/>		
Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	-----		
Ταχυδρομική διεύθυνση Mailing Address	-----		
Πόλη City	-----	Ταχ. Κώδικας Postal Code	-----
Τηλέφωνο οικίας Tel. Home	-----	Τηλ. Εργασίας Tel. Work	-----
Χώρα Country	-----	Κινητό Mobile	-----
Άθλημα Sport	-----	Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία National Sport Organisation	-----

2. Ιατρικά Στοιχεία (Medical Information)

Διάγνωση (παρακαλώ περιγράψτε σε συντομία συμπτώματα και ευρήματα που επιβεβαιώνουν την Διάγνωση)/ Diagnosis (please describe briefly symptoms and signs to confirm the Diagnosis)

3. Στοιχεία Αγωγής/ Medication Details

Ουσία Substance	Δόση/ Συχνότητα Dose/ Frequency	Μονάδα μέτρησης Units
<input type="checkbox"/> Βεκλομεταζόνη <input type="checkbox"/> Beclomethasone	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Βηταμεθαζόνη <input type="checkbox"/> Betamethasone	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Βουδεσονίδη <input type="checkbox"/> Budesonide	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Κιεσονίδη <input type="checkbox"/> Ciclesonide	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Κορτιβαζόλη <input type="checkbox"/> Cortivazol	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Μεθυλπρεδνιζολόνη <input type="checkbox"/> Methylprednisolone	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Σαλβουταμόλη <input type="checkbox"/> Salbutamol	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Σαλμετερόλη <input type="checkbox"/> Salmeterol	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Σαλμετερόλη & Φλουτικαζόνη Προπιονική <input type="checkbox"/> Salmeterol & Fluticazone Propionate	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Τριαμσινολόνη <input type="checkbox"/> Triamcinolone	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Υδροκορτιζόνη <input type="checkbox"/> Hydrocortisone	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Φλουτικαζόνη Προπιονική <input type="checkbox"/> Fluticazone Propionate	-----	milligrams (mg) <input type="checkbox"/> micrograms (μg) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Πλάσμα εμπλουτισμένο με αιμοπετάλια <input type="checkbox"/> Platelet Rich Plasma	-----	milliliter (ml) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Άλλο 1 (ονομάστε) <input type="checkbox"/> Other 1 (specify) -----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Άλλο 2 (ονομάστε) <input type="checkbox"/> Other 2 (specify) -----	-----	-----

Σε περίπτωση δήλωσης Χρήσης περισσότερων από μίας ουσίας, δίπλα από το όνομα της ουσίας γράψετε την ένδειξη «1», «2» ή «3»./ In case you are declaring the Use of more than one substance, write the number «1», «2» or «3» next to the substance.

Για κάθε ουσία που δηλώνετε απαντήστε στα παρακάτω/ For all declared substances answer the following:	Ουσία 1 Substance 1	Ουσία 2 Substance 2	Ουσία 3 Substance 3
Διάρκεια Αγωγής (π.χ. εφ' άπαξ, 15 ημέρες) Duration of treatment (e.g., one-time use, 15 days)	-----	-----	-----
Μέγιστη ημερήσια δόση (π.χ. 2 ψεκασμοί, 1 ένεση) Maximum recommended dose (e.g. 2 puffs, 1 shot)	-----	-----	-----

4. Στοιχεία Ιατρού (Medical Practitioner's Information)

Επίθετο Surname	-----	Όνομα Given Name	-----
Ειδικότητα Medical Specialty	-----		
Διεύθυνση Address	-----		
Πόλη City	-----	Ταχ. Κώδικας Postal Code	-----
		Χώρα Country	-----
Τηλέφωνο Telephone	-----	Ηλεκτρονική διεύθυνση E-mail address	-----

5. Δήλωση – Εξουσιοδότηση Αθλητή/Athlete's Declaration - Consent

Βεβαιώ ότι τα στοιχεία που περιέχονται στην παρούσα Δήλωση Χρήσης είναι ακριβή και, με αυτή, δηλώνω τη Χρήση μιας από τις ακόλουθες ουσίες ή οδούς χορήγησης: Σαλβουταμόλη και Σαλμετερόλη με εισπνοή, Γλυκοκορτικοστεροειδή με εισπνοή ή χορηγούμενα με τοπικές ενέσεις και Σκευάσματα Παραγόμενα από Αιμοπετάλια, με οδό χορήγησης άλλη από την ενδομυϊκή.

Συγκατατίθεμαι για να λάβουν γνώση των προσωπικών του δεδομένων που σχετίζονται με την παρούσα Δήλωση η Κυπριακή Αρχή Αντι-Ντόπινγκ (CyADA) καθώς επίσης το προσωπικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Αντί-Ντόπινγκ (WADA) και άλλων Οργανισμών Αντί-Ντόπινγκ, σύμφωνα με τις πρόνοιες του Παγκόσμιου Κώδικα Αντί-Ντόπινγκ και τους κανονισμούς αντί-ντόπινγκ του αθλήματός μου.

Κατανοώ και συμφωνώ ότι:

- Τα στοιχεία μου από την παρούσα Δήλωση Χρήσης θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την εφαρμογή από τους παραπάνω Οργανισμούς Αντί-Ντόπινγκ του προγράμματος αντί-ντόπινγκ, σύμφωνα με τις Διεθνείς Προδιαγραφές για τις Εξαιρέσεις Χρήσης για Θεραπευτικό Σκοπό (EXΘΕΣ).
- Τα στοιχεία μου από την Δήλωση Χρήσης θα συλλεγούν από την CyADA η οποία έχει την κύρια ευθύνη για τη διασφάλιση των πληροφοριών αυτών. Η CyADA θα εφαρμόσει το δικό της σύστημα για τη φύλαξη, την παρακολούθηση και τη διαχείριση των στοιχείων αυτών, συμπεριλαμβανομένων της γνωστοποίησής τους σε εξουσιοδοτημένους αποδέκτες. Η CyADA μπορεί, για το σκοπό αυτό, να χρησιμοποιήσει το σύστημα ADAMS (Anti-Doping Administration and Management System) σε συνεργασία με τον WADA.
- Τα στοιχεία μου από την Δήλωση Χρήσης ή μέρος των στοιχείων, θα γίνουν γνωστά σε εξουσιοδοτημένους Οργανισμούς Αντί-Ντόπινγκ (όπως συγκεκριμένοι Εθνικοί Οργανισμοί Αντί-Ντόπινγκ, η Διεθνής ή η Κυπριακή ομοσπονδία του αθλήματός μου και ο WADA).
- Τα στοιχεία μου από την Δήλωση Χρήσης μπορεί να χρειαστεί να γνωστοποιηθούν σε ανεξάρτητους ιατρούς ή/και άλλους επιστήμονες καθώς και στο απαραίτητο προσωπικό που εμπλέκεται στο χειρισμό ή την αξιολόγηση της Δήλωσης, εάν απαιτείται.
- Μπορεί, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, να έχω συγκεκριμένα δικαιώματα σε σχέση με τα στοιχεία της Δήλωσης Χρήσης, συμπεριλαμβανόμενα:

I certify that the information submitted on this Declaration of Use form is accurate and that I am declaring the Use of one of the following substances and routes of administration: salbutamol and salmeterol by inhalation; glucocorticosteroids by inhalation; glucocorticosteroids administered by localised injection; and platelet-derived preparations by non-intramuscular routes.

I authorise the release of my personal medical information related to this declaration to the Cyprus Anti-Doping Authority (CyADA) as well as to World Anti-Doping Agency (WADA) staff, and to other Anti-Doping Organisations under the provisions of the World Anti-Doping Code (WADC) and the anti-doping rules of my sport.

I understand and agree that:

- My Declaration of Use data will only be used to allow the above organisations to administer the anti-doping programme in accordance with the WADC International Standard for Therapeutic Use Exemptions (TUE);
- My Declaration of Use data will be collected by CyADA who shall be principally responsible for ensuring the protection of this data. CyADA will use its system to store, monitor and manage this data, including its disclosure to authorised recipients. In that respect, CyADA may also use the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) in collaboration with WADA.
- My Declaration of Use data, or part of it, will be made accessible to authorised Anti-Doping Organisations (for instance, designated National Anti-Doping Organisations, the International or the Cyprus national federation of my sport and WADA);
- My Declaration of Use data may have to be shared with other independent medical and/or scientific experts, and all necessary staff involved in the management or review of my declaration of use, if applicable.
- I may have certain rights under applicable laws in relation to my Declaration of Use data, including rights to access and/or correct any inaccurate data, considering the correction is made before being tested, in- or out-of-competition; and

βανομένων του δικαιώματος πρόσβασης ή/και της διόρθωσης κάθε ανακριβές στοιχείου σε σχέση με τη Δήλωση Χρήσης, δεδομένου ότι η διόρθωση θα γίνει πριν από την υποβολή μου σε έλεγχο ντόπινγκ, εντός ή εκτός αγώνα και

- Σε περίπτωση που έχω οποιουσδήποτε ενδοιασμούς σχετικά με την επεξεργασία των στοιχείων από την Δήλωση Χρήσης, μπορεί να αποταθώ στη CyADA.

- To the extent that I have any concerns about the processing of my declaration of use data I may consult with CyADA.

Withdrawal of Consent

It is understood that if I ever wish to revoke the right of CyADA and authorised Anti-Doping Organisations (designated National Anti-Doping Organisations, the International or National Federation of my sport, and WADA) to access my declaration of use information, I must notify my medical practitioner and CyADA in writing of that fact.

Ανάκληση της Συγκατάθεσης

Γίνεται κατανοητό ότι σε περίπτωση που αποφασίσω να ανακαλέσω το δικαίωμα της CyADA και των εξουσιοδοτημένων Οργανισμών Αντι-Ντόπινγκ (συγκεκριμένους Εθνικούς Οργανισμούς Αντι-Ντόπινγκ, τη Διεθνή ή την Κυπριακή ομοσπονδία του αθλήματός μου και τον WADA) για να έχουν πρόσβαση στα στοιχεία μου από τη Δήλωση Χρήση, υποχρεούμαι να ενημερώσω εγγράφως για την απόφασή μου αυτή τον θεράποντα ιατρό και τη CyADA.

Εξουσιοδότηση και Συγκατάθεση/ Authorisation and Consent

Με την υπογραφή του παρόντος εντύπου δίνω ρητή συγκατάθεση για τη χρήση των στοιχείων από τη Δήλωση Χρήσης που υποβάλλει, όπως αναφέρεται παραπάνω./ By signing this form I expressly consent to the use of my Declaration of Use data as set out above.

Υπογραφή Αθλητή Athlete's Signature	-----	Ημερομηνία Date	-----
--	-------	--------------------	-------

Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα/ Parent or guardian signature

Εάν ο Αθλητής είναι ανήλικος και δεν θεωρείται ικανός για να δώσει συγκατάθεση για τη θεραπεία ή δεν δύναται, λόγω πάθησης, να υπογράψει αυτή τη Δήλωση Χρήσης, ο γονέας ή ο νόμιμος αντιπρόσωπός του/της θα πρέπει να συνυπογράψει με τον Αθλητή το έντυπο, ή να το υπογράψει για λογαριασμό του/της.
If the Athlete is a minor and is not deemed to be competent to give their consent to the treatment 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.

Επίθετο Surname	-----	Όνομα Name	-----
----------------------------	-------	-----------------------	-------

Υπογραφή Γονέα ή νόμιμου αντιπροσώπου Parent or Guardian Signature	-----	Ημερομηνία Date	-----
---	-------	--------------------	-------

Παρακαλώ υποβάλετε το συμπληρωμένο έντυπο Δήλωσης Χρήσης στην Κυπριακή Αρχή Αντι-Ντόπινγκ και κρατήστε αντίγραφο για το αρχείο σας/ Please submit the completed Declaration of Use Form to the Cyprus Anti-Doping Authority and keep a copy for your records.

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΑΡΧΗ ΑΝΤΙ-ΝΤΟΠΙΝΓΚ, Τομέας TUE, «Λευκόθεο» Κλειστό Γυμναστήριο,
Λεωφόρος Μακάριου Αθλητικού Κέντρου, Λευκωσία, ΤΤ 2400, Κύπρος
CYPRUS ANTI-DOPING AUTHORITY, TUE Dept., «Lefkotheo» Indoor Hall,
Makarion Athletic Centre Avenue, Nicosia, CY-2400, Cyprus
Φαξ/Fax: +357 22351307 / E-mail: tue@cyada.org.cy**