

.....
 (Συμπληρώνεται από την ΚΑΑΝ)
 (to be completed by CyADA)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΚΟΠΟ (ΕΧΘΣ)
THERAPEUTIC USE EXEMPTION APPLICATION (TUE)

Πεδία 1, 4 και 6 – συμπληρώνονται από Αθλητή/τρια (ή γονέα ή νόμιμο αντιπρόσωπο)
 (sections 1, 4, and 6 – completed by Athlete or Guardian)

Πεδία 2, 3 και 5 – συμπληρώνονται από τον Θεράποντα Ιατρό
(sections 2, 3, and 5 – completed by Prescribing Physician)

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 (H/M/E) (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)	.....		T. K. (Postal Code)	Χώρα (Country)	.....
Τηλέφωνο οικίας (Tel. Home)	.....		Τηλ. Εργασίας (Tel. Work)	Κινητό (Mobile)	.....
Άθλημα (Sport)	.....		Αγώνισμα /Θέση (Discipline/Position)	.....
Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία (National Sport Organisation)		.....		
Για Αθλητή/τρια με αναπηρία, αναφέρετε το είδος (If Athlete with disability, indicate disability)		.....		
2. Ιατρική Γνωμάτευση (Medical Information)					
Διάγνωση (παρακαλώ επισυνάψτε επαρκή ιατρική αιτιολόγηση. Βλέπε σημείωση 1, 2 και 3) Diagnosis (please attached sufficient medical information. See note 1, 2, and 3)					
.....					
.....					
.....					
Εάν επιτρεπόμενη αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της παθολογικής κατάστασης, δώστε κλινική αιτιολόγηση για την αιτούμενη χρήση της απαγορευμένης αγωγής: (If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication):					
.....					
.....					
.....					

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)

3. Στοιχεία Αγωγής (Medication Details)				
Απαγορευμένες Ουσίες/Μέθοδοι: Κοινόχρηστο όνομα (Prohibited Substances: Generic name)	Δόση (Dose)	Οδός Χορήγησης (Route of Administration)	Συχνότητα χορήγησης (Frequency of Administration)	Διάρκεια Αγωγής (Duration of Treatment)
Συμπληρώστε όλα όσα ισχύουν (Enter all that apply)	π.χ. 200 mg (e.g., 200 mg)	π.χ. εισπνοές, τοπική ένεση (e.g. inhalation, local injection)	π.χ. 1 X 2, 1 X 4 (e.g., BID, QID)	π.χ. εφ' άπαξ, επείγουσα, ένα έτος. (e.g. one-time use, emergency, one year)
1.
2.
3.
4. Στοιχεία Προηγούμενων Αιτήσεων ΕΧΘΣ (TUE Request History)				
Έχετε υποβάλει προηγούμενη αίτηση ΕΧΘΣ; (Have you submitted any previous TUE application?)		Ναι (Yes) <input type="checkbox"/> Όχι (No) <input type="checkbox"/>		
Για ποια/ες ουσία/ες; (For which substance(s)?)			
Σε ποιο φορέα/οργανισμό; (To which organization?)			
Πότε; (When?)	...../...../.....	Απόφαση; (Decision?)	Έγκριση (Approved) <input type="checkbox"/> Απόρριψη (Not Approved) <input type="checkbox"/>	
5. Δήλωση Ιατρού (Medical Practitioner's Declaration)				
<p>Ο/Η υπογράφων/ουσα ιατρός πιστοποιώ ότι η ως άνω αγωγή είναι ιατρικώς ενδεδειγμένη και ότι η χρήση εναλλακτικής αγωγής που δεν περιλαμβάνεται στον ισχύων Κατάλογο Απαγορευμένων Ουσιών και Μεθόδων του Παγκόσμιου Οργανισμού Αντί-Ντόπινγκ δεν θα είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα για την ως άνω παθολογική κατάσταση.</p> <p>(I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the current World Anti-Doping Agency Prohibited List would be unsatisfactory for this condition).</p>				
Επίθετο (Surname)	Όνομα (Given Name)	.....
Ειδικότητα (Medical Specialty)			
Διεύθυνση (Address)			
Πόλη (City)	T. K. (Postal Code)	.....	Χώρα (Country)
Τηλέφωνο (Telephone)	Ηλεκτρονική διεύθυνση (E-mail address)	.....
Υπογραφή (Signature)		Ημερομηνία (Date)	.....

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)

6. Δήλωση Αθλητή (Athlete's Declaration)

Ο/Η υπογράφων/ουσα Αθλητής/τρια πιστοποιώ ότι τα στοιχεία που περιέχονται στα πεδία 1 και 4 της παρούσας Αίτησης είναι ακριβή και ότι αιτούμαι έγκριση για να κάνω Χρήση Ουσίας ή Μεθόδου περιλαμβανόμενης στον ισχύων Κατάλογο Απαγορευμένων Ουσιών και Μεθόδων του Παγκόσμιου Οργανισμού Αντί-Ντόπινγκ. Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να λαμβάνουν γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων η Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ, καθώς και το προσωπικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Αντί-Ντόπινγκ και η Επιτροπή για τις Εξαιρέσεις για Θεραπευτικούς Σκοπούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Αντί-Ντόπινγκ που εδρεύει στον Καναδά και άλλοι Οργανισμοί Αντί-Ντόπινγκ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στον Παγκόσμιο Κώδικα Αντί-Ντόπινγκ. Αναγνωρίζω ότι, σε περίπτωση που αποφασίσω να ανακαλέσω την ως άνω δοθείσα συγκατάθεσή μου για να λάβουν γνώση οι ως άνω φορείς των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων για λογαριασμό μου, υποχρεούμαι να γνωστοποιήσω εγγράφως την απόφασή μου αυτή στον θεράποντα ιατρό μου και την Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ.

(I, certify that the information under sections 1 and 4 is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the World Anti-Doping Agency Prohibited List. I authorize the release of my personal medical information to the Cyprus Anti-Doping Authority as well as to the World Anti-Doping Agency staff and to the World Anti-Doping Agency Therapeutic Use Exemption Committee based in Canada, and to other Anti-Doping Organisation under the provisions of the World Anti-Doping 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 the Cyprus Anti-Doping Authority in writing of that fact).

Δίνω τη συγκατάθεση μου για να λάβουν γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων οι αρμόδιοι για την ιατρική κάλυψη της Αποστολής σε Μεγάλες Αθλητικές Διοργανώσεις (π.χ. η ιατρική ομάδα της Κυπριακής Αποστολής σε Ολυμπιακούς Αγώνες) στους οποίους μπορεί να συμμετέχω, καθώς και στην Κυπριακή και τη Διεθνή Ομοσπονδία του αθλήματός μου.
(I authorize the release of my medical information to members responsible for health care of the Mission to Major Games where I may participate, to my National and International Federation).

ΔΕΝ δίνω τη συγκατάθεση μου για να λάβει γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο ή οργανισμός, εκτός από την Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ.
(I do not wish to have this information shared with anyone but the Cyprus Anti-Doping Authority).

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

Εάν ο Αθλητής/τρια είναι ανήλικος ή δεν δύναται λόγω πάθησης να υπογράψει αυτή τη Αίτηση, ο γονέας ή ο νόμιμος αντιπρόσωπός του θα πρέπει να συνυπογράψει με τον/ην Αθλητή/τρια την Αίτηση, ή για λογαριασμό του/της.

(If the Athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this Application 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/Guardian's Signature)	.....	Ημερομηνία (Date)	.....

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)

7. Σημειώσεις (Notes)	
Σημείωση 1 (Note 1)	<p>Διάγνωση: Στοιχεία που επιβεβαιώνουν τη διάγνωση πρέπει να επισυνάπτονται και να αποστέλλονται με την Αίτηση. Οι ιατρικές αποδείξεις πρέπει να περιλαμβάνουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό και τα αποτελέσματα όλων των σχετικών εξετάσεων, κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών. Εάν είναι δυνατό πρέπει να περιλαμβάνονται αντίγραφα των πρωτότυπων αναφορών ή επιστολών. Τα στοιχεία πρέπει να είναι κατά το δυνατόν αντικειμενικά ως προς τις κλινικές συνθήκες και στην περίπτωση μη αποδεικνυόμενων παθήσεων η Αίτηση θα υποστηρίζεται από ανεξάρτητες ιατρικές γνώμες.</p> <p>(Diagnosis: 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).</p>
Σημείωση 2 (Note 2)	<p>Αθλητής/τρια υπό τη δικαιοδοσία της Κυπριακής Αρχής Αντί-Ντόπινγκ που αιτείται Εξαίρεση για Θεραπευτικούς Σκοπούς για Χρήση εισπνεόμενων β₂ διεγερτών (φορμοτερόλη, σαλβουταμόλη, σαλμετερόλη και τερπουταλίνη) για την περίπτωση Άσθματος και των κλινικών του παραλλαγών θα πρέπει να υποβάλει ιατρικό φάκελο που να δικαιολογεί τη Χρήση, στον οποίο να περιλαμβάνονται κατ' ελάχιστο τα παρακάτω: (1) Πλήρες ιατρικό ιστορικό, (2) λεπτομερής αναφορά για την κλινική εξέταση με ιδιαίτερη έμφαση στο αναπνευστικό σύστημα, (3) Αναφορά της σπιρομέτρησης με την μέτρηση του Μέγιστου Εκπνεόμενου Όγκου σε 1 δευτερόλεπτο (FEV₁), (4) σε περίπτωση που διαπιστώνεται βρογχική απόφραξη, η σπιρομέτρηση να επαναλαμβάνεται μετά τη εισπνοή ενός β₂ διεγέρτη βραχείας δράσης για να καταδείξει την αναστρεψιμότητα του βρογχόσπασμου, (5) σε απουσία αναστρέψιμης βρογχικής απόφραξης, απαιτείται η εφαρμογή Βρογχικής Δοκιμασίας Πρόκλησης για την απόδειξη της παρουσίας υπεραντιδραστικότητας του τραχειοβρογχικού δένδρου, (6) πλήρες όνομα, ειδικότητα, διεύθυνση (συμπεριλαμβανομένων των αριθμών τηλεφώνου και τηλεομοιοτύπου και της ηλεκτρονικής διεύθυνσης) του ιατρού που διενέργησε την εξέταση. Ακόμη, θα πρέπει να υποβάλλεται συμπληρωμένο και υπογραμμένο από τον θεράποντα ιατρό το Παράρτημα Α (Athlete under the jurisdiction of the Cyprus Anti-Doping Authority applying for Therapeutic Use Exemption for inhaled β₂ Agonists (formoterol, salbutamol, salmeterol, and terbutaline) in the case of asthma and its clinical variants, must submit a medical file justifying this Use including the following, the minimum: (1) A complete medical history; (2) A comprehensive report of the clinical examination with specific focus on the respiratory system; (3) A report of spirometry with the measurement of the Forced Expiratory Volume in 1 second (FEV₁); (4) if airway obstruction is present, the spirometry will be repeated after inhalation of a short acting β₂ Agonist to demonstrate the reversibility of bronchoconstriction; (5) in the absence of reversible airway obstruction, a bronchial provocation test is required to establish the presence of airway hyper-responsiveness; (6) exact name, speciality, address (including telephone, e-mail, fax) of examining physician). In addition, Appendix A to this document, completed and signed by the prescribing physician should be submitted.</p>
Σημείωση 3 (Note 3)	<p>Η Επιτροπή για τις Εξαιρέσεις για Θεραπευτικούς Σκοπούς της Κυπριακής Αρχής Αντί-Ντόπινγκ έχει το δικαίωμα να ζητήσει επιπρόσθετες σχετικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές και απεικονιστικές) πριν από την Έγκριση, τα έξοδα των οποίων θα καλυφθούν από τον αιτήτη/τρια ή την Ομοσπονδία του/της. (The Therapeutic Use Exemption Committee of the Cyprus Anti-Doping Authority has the right to request additional relevant investigations, examinations or imaging studies before approval at the expense of the applicant or his/her national sport governing body).</p>

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)

ΠΡΟΣΟΧΗ (CAUTION)

**Ατελώς συμπληρωμένες Αιτήσεις θα επιστρέφονται και θα πρέπει να επανυποβληθούν.
(Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted).**

Παρακαλείστε όπως υποβάλετε τη συμπληρωμένη Αίτηση στην Κυπριακή Αρχή Αντί-Ντόπινγκ και κρατήστε ένα αντίγραφο για το αρχείο σας.
Απόδειξη παραλαβής της Αίτησης στην οποία θα αναγράφεται ο Αριθμός Αίτησης, θα σας δοθεί κατά την παράδοση της Αίτησης ή θα σας αποσταλεί αμέσως μετά την παραλαβή της Αίτησης με τον προτιμώμενο τρόπο επικοινωνίας που δηλώσατε.

(Please submit the completed Application Form to the Cyprus Anti-Doping Authority and keep a copy for your records.

Acknowledgement of Receipt of the Application with the Application number will be given to you when delivering the Application or will be sent to you upon receipt, using the preferred method of communication you indicated).

Μπορείτε να υποβάλλετε την Αίτηση στην παρακάτω διεύθυνση της Επιτροπής:

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΑΡΧΗ ΑΝΤΙ-ΝΤΟΠΙΝΓΚ
Υπόψη: Τομέας TUE
Λευκόθεο Στάδιο,
Λεωφόρος Μακάρειου Αθλητικού Κέντρου
Έγκωμη, ΤΤ 2400, Λευκωσία, Κύπρος
Τηλέφωνο: 22353204**

You can submit your Application to the Committee's address below:

**CYPRUS ANTI-DOPING AUTHORITY
Attn: TUE Dept.
LEFKOTHEO Stadium,
Makarion Athletic Centre Avenue,
Engkomi, Nicosia, CY-2400, Cyprus
Tel.: 22353204**

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL)