



TUE Application

Coni-NADO – CEFT - Italian TUEC
Form: F49_Rev. 5 valid from 01/01/2015

Documento di solo riferimento Non Compilare o Inviare

Questo documento ha la sola funzione di facilitare la comprensione del testo in inglese (da compilare) del modulo Therapeutic Use Exemption (TUE) Application

1. Informazioni dell'atleta

Cognome: Nome:

Donna Maschio Data di nascita (gg/mm/aaaa):

Domicilio:

Città: Nazione: CAP:.....

Tel.: E-mail:
(completo di prefisso)

Sport: Disciplina/ Ruolo:

Federazione Naz. o Internaz. di appartenenza:.....

Se siete un atleta paraolimpico e special olympic il tipo e classificazione della limitazione:

(NdT.: l'atleta paralimpico deve presentare la TUE Application direttamente al TUEC del Comitato Italiano Paralimpico)

2. Informazioni Mediche

Diagnosi:
.....
.....
.....
.....
.....

Se la patologia può essere trattata con farmaci ammessi, fornire le motivazioni per le quali si richiede l'uso di un farmaco contenente un principio attivo proibito (lista WADA)
.....
.....
.....
.....
.....

Documento di solo riferimento

Non Compilare o Inviare

Note	Documentazione di supporto – Informazioni per la valutazione
	<p>La motivazione principale per la quale le domande di TUE vengono rifiutate è l'esiguità delle informazioni o della documentazione di supporto. Ricordiamo che il Comitato Esenzioni a Fini Terapeutici (CEFT) deve poter disporre di documentazione medica sufficiente per confermare la patologia e il trattamento prescritto senza poter visitare il paziente. Se questa documentazione non è resa disponibile, la richiesta sarà respinta prima di essere visionata dal Comitato Esenzioni a Fini Terapeutici. Pregasi verificare attentamente la documentazione di supporto che è allegata alla domanda:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <div style="display: inline-block; width: 45%;"> <p>Relazione clinica dettagliata della patologia.</p> </div> <div style="display: inline-block; width: 40%; vertical-align: top;"> <p>Una dichiarazione motivata a sostegno della necessità di assumere la sostanza vietata e dell'inefficacia di terapie con farmaci contenenti principi attivi non proibiti.</p> <p>Nota: molte esenzioni a fini terapeutici non sono prese in carico o non sono concesse per assenza di documentazione che confermi l'inefficacia di altri trattamenti. Se sono disponibili trattamenti alternativi, con sostanze ammesse, deve essere documentato l'insuccesso di detti trattamenti. Le sostanze vietate / principi attivi, sono accessibili al seguente indirizzo web: http://www.coni.it/it/attivita-istituzionali/antidoping.html</p> </div> <div style="display: inline-block; width: 45%;"> <p>Copie delle indagini e delle refertazioni rilevanti nonché delle note cliniche (per esempio se si fa riferimento nella domanda ad una visita medica, dovrà essere allegata alla domanda copia delle note del medico che l'ha effettuata).</p> </div> <div style="display: inline-block; width: 45%;"> <p>Copie dei referti di laboratorio e della diagnostica per immagini (una frase riassuntiva o di rimando ai risultati di laboratorio non è sufficiente. Se i risultati di laboratorio costituiscono parte integrante della diagnosi, non è accettabile il solo riferimento, ma deve essere allegata copia del documento originale).</p> </div> <div style="display: inline-block; width: 40%; vertical-align: top;"> <p>Parere medico di un soggetto terzo, quando disponibile o appropriato.</p> </div>

3. Farmaci

Sostanze proibite prescritte: <u>Principio attivo</u>	Dosaggio	Via di somministrazione	Frequenza
1.			
2.			
3.			

<p>Durata del trattamento proposto: (Segnare la casella appropriata)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Somministrazione in un'unica soluzione <input type="checkbox"/> Emergenza (se è un trattamento di emergenza riportare sul frontespizio della domanda " EMERGENZA " in modo da accelerare al massimo l'iter della pratica) <input type="checkbox"/> Somministrazione prolungata (nota: Settimane / Mesi)
---	--

Athlete Name.....

TUEC Case #.....



TUE Application

Coni-NADO – CEFT - Italian TUEC
Form: F49_Rev. 5 valid from 01 /01 /2015

Documento di solo riferimento Non Compilare o Inviare

4. Dichiarazione del Medico curante

Il sottoscritto certifica che le informazioni di cui alle sezioni 2 e 3 sono accurate, e che i trattamenti sopra indicati sono adeguati dal punto di vista medico:

Nome:

Specializzazione Medica:

Indirizzo:

Telefono:

Fax:

Email:

Firma del Medico:

Data:

5. Retroattività

<p>Questa è una Richiesta Retroattiva ?</p> <p>Si: <input type="checkbox"/></p> <p>No: <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, in che data il trattamento è iniziato ?</p> <p>.....</p>	<p>Indicare le Motivazioni:</p> <p><input type="checkbox"/> E' stato necessario eseguire un trattamento d'emergenza o il trattamento di una condizione clinica acuta.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa di altre circostanze eccezionali, non sussistevano le condizioni temporali o di applicabilità per avviare l'iter di richiesta dell'esenzione a fini terapeutici prima della raccolta del campione.</p> <p><input type="checkbox"/> Non era prevista dai regolamenti la richiesta anticipata dell'esenzione a fini terapeutici.</p> <p><input type="checkbox"/> Altro, specificare:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

Athlete Name.....

TUEC Case #.....



Documento di solo riferimento Non Compilare o Inviare

6. Richieste Precedenti

Hai sottoposto precedenti domande di TUE?:

Si No

Per quali sostanze ?
.....
.....

A chi ?..... Quando?.....

Decisione: Approvata Non Approvata

7. Dichiarazioni dell'Atleta

Il sottoscritto
 Conferma che le informazioni contenute nelle sezioni 1,5 e 6 sono accurate.

Autorizza al rilascio delle informazioni personali e mediche alle Organizzazioni Antidoping di competenza e al personale WADA, al TUEC della WADA e TUEC di altre Organizzazioni Antidoping per lo svolgimento delle attività previste dal Codice WADA e dall'International Standard for Therapeutic Use Exemptions (ISTUE).

Acconsente che il proprio medico rilasci alle sopracitate persone qualunque informazione che essi ritengano necessarie per la valutazione e la definizione della domanda di esenzione.

Considera che le sue informazioni verranno usate esclusivamente per la valutazione della propria richiesta di esenzione a fini terapeutici (TUE) e nel contesto generale di una valutazione su potenziali infrazioni ai regolamenti e/o alle procedure.
 Considera inoltre che se desidera:

1. ottenere ulteriori informazioni circa il trattamento delle proprie informazioni cliniche
2. esercitare i propri diritti di accesso alle informazioni e di correzione delle stesse
3. revocare i diritti di accesso a queste organizzazioni sulle proprie informazioni cliniche

Deve informare per iscritto il proprio medico curante, l'Organizzazione Anti-Doping di riferimento (ADO) della propria decisione. Considera ed acconsente che potrebbe essere necessario per le informazioni correlate a domande di Esenzione a Fini Terapeutici antecedenti la propria richiesta di revoca dell'autorizzazione al trattamento dei dati, che questi restino a disposizione solo allo scopo di valutare una potenziale infrazione della normativa antidoping, ove richiesto dal Codice Mondiale Antidoping.

Acconsente che la decisione sull'ammissibilità o meno di questa domanda di esenzione a fini terapeutici sia resa disponibile a tutte le Organizzazioni Anti-Doping (ADOs) o ad altre organizzazioni di competenza che abbiano Autorità di Controllo e/o di Gestione del risultato.

È informato ed accetta che gli utilizzatori delle proprie informazioni e delle decisioni su questa domanda di esenzione possono essere residenti in uno stato diverso da quello in cui l'interessato risiede. In alcuni di questi stati la legislazione sul trattamento e protezione dei dati può non essere equivalente a quella dello stato nel quale l'interessato ha la residenza.

Considera che se i propri dati personali non fossero trattati in conformità con questo consenso e con l'International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, il sottoscritto possa appellarsi alla WADA o al TAS.

Firma dell'Atleta: **Data:**

Firma del Genitore / Affidatario : **Date:**

(Se l'Atleta è un minore o un portatore di handicap che impedisce la firma di questa domanda, la stessa potrà essere firmata dal genitore o dall'affidatario congiuntamente o in alternativa a quella dell'Atleta)

Athlete Name.....

TUEC Case #.....