



OBRAZAC ZA PRIJAVU ZA TERAPIJSKO IZUZEĆE (TUE) THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE) APPLICATION FORM

Molimo Vas popuniti sve dijelove velikim štampanim slovima ili na računalu.
Sportaš popunjava dijelove 1, 5, 6 i 7, a liječnik dijelove 2, 3 i 4.
Nečitke ili nepotpune prijave bit će vraćene i potrebno ih je ponovno poslati čitke i potpune.

Please complete all sections in capital letters or typing.
Athlete should complete sections 1, 5, 6 and 7; physician should 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.

1. PODACI O SPORTAŠU • ATHLETE INFORMATION

PREZIME • LAST NAME	IME • FIRST NAME	MUŠKO • MALE	☐
		ŽENSKO • FEMALE	☐
DATUM ROĐENJA (DD/MM/GGGG) • DATE OF BIRTH (DD/MM/YYYY)	ADRESA • ADDRESS		
DRŽAVA • COUNTRY	GRAD • CITY	POŠTANSKI BROJ • POSTCODE	
TELEFON (S MEĐUNARODNIM BROJEM) • PHONE (WITH INTERNATIONAL CODE)		ELEKTRONSKA POŠTA • E-MAIL	
SPORT (DISCIPLINA/POZICIJA) • SPORT (DISCIPLINE/POSITION)			
MEĐUNARODNA ILI NACIONALNA SPORTSKA ORGANIZACIJA • INTERNATIONAL OR NATIONAL SPORT ORGANIZATION			
UKOLIKO STE SPORTAŠ S INVALIDITETOM, NAVEDITE INVALIDITET • IF YOU ARE AN ATHLETE WITH IMPAIRMENT, INDICATE THE IMPAIRMENT			

2. MEDICINSKI PODACI • MEDICAL INFORMATION

DIJAGNOZA - NASTAVITI NA ZASEBNOM LISTU, AKO JE POTREBNO (VIDJETI NAPOMENU) • DIAGNOSIS - CONTINUE ON SEPARATE SHEET IF NECESSARY (SEE NOTE)

AKO POSTOJI LIJEK KOJI NIJE ZABRANJEN POPISOM ZABRANJENIH SREDSTAVA, A MOŽE SE KORISTITI ZA LIJEČENJE GORE NAVEDENOG MEDICINSKOG STANJA, NAVEDITE KLINIČKI RAZLOG ZA ZATRAŽENO KORIŠTENJE LIJEKA ZABRANJENOG POPISOM • IF THERE IS A MEDICATION THAT IS NOT PROHIBITED BY THE LIST OF PROHIBITED SUBSTANCES AND METHODS, WHICH CAN BE USED TO TREAT THE ABOVEMENTIONED MEDICAL CONDITION, PROVIDE CLINICAL JUSTIFICATION FOR THE REQUESTED USE OF THE MEDICATION PROHIBITED BY THE LIST

3. PODACI O LIJEKU · MEDICATION DETAILS

ZABRANJENA(E) TVAR(I): GENERIČKO IME PROHIBITED SUBSTANCE(S): GENERIC NAME	DOZA DOSAGE	NAČIN PRIMJENE ROUTE OF ADMINISTRATION	UČESTALOST FREQUENCY	TRAJANJE LIJEČENJA DURATION OF TREATMENT
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

4. IZJAVA LIJEČNIKA · MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION

POTVRĐUJEM DA SU PODACI U DIJELOVIMA 2 I 3 GORE TOČNI I DA JE GORE NAVEDENO LIJEČENJE MEDICINSKI PRIKLADNO. · I CERTIFY THAT THE INFORMATION AT SECTIONS 2 AND 3 ABOVE IS ACCURATE, AND THAT THE ABOVE-MENTIONED TREATMENT IS MEDICALLY APPROPRIATE.

PREZIME · LAST NAME

IME · FIRST NAME

MEDICINSKA SPECIJALNOST · MEDICAL SPECIALTY

ADRESA · ADDRESS

TELEFON (S MEĐUNARODNIM BROJEM) · PHONE (WITH INTERNATIONAL CODE) FAKS (S MEĐUNARODNIM BROJEM) · FAX (WITH INTERNATIONAL CODE)

ELEKTRONSKA POŠTA · E-MAIL

POTPIS LIJEČNIKA · SIGNATURE OF MEDICAL PRACTITIONER

5. RETROAKTIVNA PRIJAVA · RETROACTIVE APPLICATIONS

JE LI OVO RETROAKTIVNA
PRIJAVA?

IS THIS A RETROACTIVE
APPLICATION?

DA · YES ☐ NE · NO ☐

AKO DA,
KOJEG DATUMA JE POČELO
LIJEČENJE?

IF YES,
ON WHAT DATE WAS TREATMENT
STARTED?

MOLIMO NAVEDITE RAZLOG · PLEASE INDICATE REASON

HITNO LIJEČENJE ILI LIJEČENJE AKUTNOG ZDRAVSTVENOG STANJA BILO JE NEOPHODNO
EMERGENCY TREATMENT OR TREATMENT OF AN ACUTE MEDICAL CONDITION WAS NECESSARY ☐

ZBOG DRUGIH IZVANREDNIH OKOLNOSTI NIJE POSTOJALO DOVOLJNO VREMENA ILI MOGUĆNOSTI ZA
PREDAJU PRIJAVE PRIJE PRIKUPLJANJA UZORKA
DUE TO OTHER EXCEPTIONAL CIRCUMSTANCES, THERE WAS INSUFFICIENT TIME OR OPPORTUNITY
TO SUBMIT AN APPLICATION PRIOR TO SAMPLE COLLECTION ☐

SUKLADNO VAŽEĆIM PRAVILIMA NIJE POTREBNA PRIJAVA UNAPRIJED
ADVANCE APPLICATION NOT REQUIRED UNDER APPLICABLE RULES ☐

OSTALO · OTHER ☐

MOLIMO POJASNITE · PLEASE EXPLAIN

6. PRETHODNE PRIJAVE · PREVIOUS APPLICATIONS

JESTE LI VEĆ PREDAVALI PRIJAVU/E ZA TERAPIJSKA IZUZEĆA? HAVE YOU SUBMITTED ANY PREVIOUS TUE APPLICATION(S)? DA · YES ☐ NE · NO ☐	ZA KOJU TVAR ILI METODU? · FOR WHICH SUBSTANCE OR METHOD? KOME? · TO WHOM? KADA? · WHEN?
ODLUKA ODOBORENA DECISION APPROVED DA · YES ☐ NE · NO ☐	

7. IZJAVA SPORTAŠA · ATHLETE'S DECLARATION

Ja, _____, potvrđujem da su podaci navedeni pod 1, 5 i 6 točni. Odobravam slanje moje osobne medicinske dokumentacije organizaciji za borbu protiv dopinga kao i ovlaštenom osoblju WADA-e, povjerenstvu za terapijska izuzeća WADA-e i drugim relevantnim povjerenstvima za terapijska izuzeća organizacija za borbu protiv dopinga koji imaju pravo na te podatke sukladno Svjetskom antidopinškom kodeksu („Kodeks“) i/ili Međunarodnom standardu za terapijska izuzeća.

Pristajem na to da moj/i liječnik/liječnici osobama navedenima gore pošalju bilo koje medicinske podatke koje smatraju potrebnima za razmatranje i odluku o mojoj prijavi.

Razumijem da će se moji podaci koristiti samo prilikom evaluacije mog zahtjeva za terapijskim izuzećem i u kontekstu istraga i postupaka kod potencijalnog kršenja antidopinškog pravila. Razumijem da ako ikada budem htio (1) dobiti više informacija o korištenju mojih medicinskih podataka; (2) koristiti svoje pravo pristupa i ispravka; ili (3) osporiti pravo tim organizacijama za dobivanje mojih medicinskih podataka, o tome moram obavijestiti svog liječnika i svoju organizaciju za borbu protiv dopinga pisanim putem. Razumijem i slažem se da može biti potrebno zadržati moje podatke vezane uz terapijsko izuzeće poslane prije povlačenja mog pristanka samo u svrhu utvrđivanja mogućeg kršenja antidopinškog pravila, kada je to uvjetovano odredbama Kodeksa.

Pristajem na to da se odluka o ovoj prijavi dostavi svim organizacijama za borbu protiv dopinga ili drugim organizacijama koje su nadležne za testiranje i/ili postupanje s rezultatima koji se odnose na mene.

Razumijem i prihvaćam da se primatelji mojih podataka i odluke o ovoj prijavi mogu nalaziti izvan zemlje u kojoj boravim. U nekoj od tih zemalja zakoni za zaštitu podataka i privatnosti mogu se razlikovati od onih u zemlji u kojoj ja boravim.

Razumijem da, ako smatram da se moji osobni podaci ne koriste u skladu s ovom suglasnosti i Međunarodnim standardom za zaštitu privatnosti i osobnih podataka, mogu uložiti prigovor WADA-i ili CAS-u.

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 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.

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 my right of access and correction; 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 sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

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 if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

POTPIS SPORTAŠA · ATHLETE'S SIGNATURE

DATUM · DATE

POTPIS RODITELJA/STARATELJA · PARENT'S/GUARDIAN'S SIGNATURE

DATUM · DATE

Ako je sportaš maloljetan ili ima invaliditet koji ga onemogućuje u potpisivanju ovog obrasca, roditelj ili staratelj će potpisati uz prisustvo ili u ime sportaša. If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete

NAPOMENA • NOTE

Uz ovu prijavu potrebno je priložiti i proslijediti dokaze koji potvrđuju dijagnozu. Medicinski dokazi moraju uključivati kompletnu povijest bolesti i rezultate svih relevantnih ispitivanja, laboratorijskih testova i slika. U slučajevima gdje je to moguće, potrebno je priložiti preslike originalnih izvješća ili pisama. Dokaz mora biti objektivan koliko god je to moguće u pogledu kliničkih okolnosti. U slučaju nedokazivih stanja, bit će potrebno nezavisno medicinsko mišljenje kao nadopuna ovoj prijavi.

WADA održava niz smjernica za liječnike kao podršku kod pripreme potpune i temeljite TUE prijave. Ove TUE smjernice za liječnike mogu se pronaći unosom pojma "Medical Information" (hrv. Medicinske informacije) na WADA-inoj web stranici: <https://www.wada-ama.org>. Smjernice se odnose na dijagnozu i liječenje brojnih zdravstvenih stanja koja se najčešće susreću kod sportaša, i zahtijevaju liječenje zabranjenim tvarima.

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.

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.

**Ako imate elektronski potpis, možete ga umetnuti klikom u polje za potpis!
Ako nemate elektronski potpis, obrazac ispišite i potpišite se u polje za potpis!**

If you have an electronic signature, you can insert it by clicking the signature field!
If you do not have an electronic signature, first print out the form, and then sign in the signature field!

**MOLIMO VAS DA DOSTAVITE POTPUNU PRIJAVU U HZTA I ZA SEBE ZADRŽITE PRESLIKU PRIJAVE.
PLEASE SUBMIT THE COMPLETED FORM TO CITA AND KEEP A COPY FOR YOUR RECORDS**