



EK 1:

TÜRKİYE MİLLİ OLİMPİYAT KOMİTESİ
DOPİNGLE MÜCADELE KOMİSYONU
TURKISH NATIONAL OLYMPIC COMMITTEE
ANTI-DOPING COMMISSION

Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası Başvuru Formu
Therapeutic use exemption application form

Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ)
Therapeutic use exemption (TUE)

Tüm bölümleri büyük harflerle ya da daktilo ile doldurunuz.
Please complete all section in capital letters or typing.

1. Sporcu Bilgileri / Athlete Information

Soyadı / Surname: _____ **Adı / Given Names:** _____

Kadın / Female **Erkek / Male** **Doğum Tarihi (g/a/y) / Date of Birth (d/m/y) :** _____

Adres / Address: _____

Şehir / City: _____ **Ülke / Country:** _____

Posta Kodu / Postcode: _____ **Telefon / Tel:** _____
(uluslar arası kod ile) / (with international code)

E-posta / E-mail: _____

Spor Dalı / Sport: _____ **Konumu / Position:** _____

Uluslararası veya ulusal spor kuruluşu / International or National Sport Organization:

Lütfen uygun kutucuğu işaretleyiniz / Please mark the appropriate box:

- Uluslararası Federasyonların Kayıtlı Doping Kontrol Havuzundayım**
I am part of an International Federation Registered Testing Pool
- Ulusal Doping Mücadele Kuruluşu'nun Kayıtlı Doping Kontrol Havuzundayım**
I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool
- Uluslararası Federasyonun kurallarına uygun olarak Uluslararası Federasyon tarafından TAKİ onayı verilecek Uluslararası Turnuvalara katılacağım***
I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required*
Müsabakanın Adı / Name of the competition: _____
- Yukarıdakilerin Hiçbiri / None of the above**

Sporcu engelli ise engel durumunu belirtiniz / If athlete with disability, indicate disability:

*** Belirlenen Turnuvaların listesi için Uluslararası Federasyona başvurunuz.**

2. Tıbbi Bilgiler / Medical Information

Teşhisle ilgili detaylı tıbbi bilgi (Not 1'e bakınız) / Diagnosis with sufficient medical information
(See note 1):

Hastalığın tedavisinde yasaklı olmayan bir madde kullanılabiliriyorsa, Yasaklı Maddenin kullanılmasının tıbbi gerekçelerini belirtiniz / If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

3. Tedavi detayları / Medication details

Yasaklı Madde(ler) / <i>Prohibited substance(s):</i> Etkin Madde İsmi / Generic Name	Doz / <i>Dose</i>	Uygulama Yolu / <i>Route</i>	Sıklık / <i>Frequency</i>
1.			
2.			
3.			

Hedeflenen tedavi süresi / <i>Intended duration of Treatment:</i> (Lütfen uygun kutuyu işaretleyiniz / Please tick appropriate box)	yalnız bir kez / once only <input type="checkbox"/> acil uygulama / emergency <input type="checkbox"/> veya süre (hafta/ay) / or duration (week/month): _____
---	---

Daha önce herhangi bir TAKİ başvurusu yaptınız mı / Have you submitted any previous TUE application:
evet / yes **hayır / no**

Hangi madde için? / For which substance?

Hangi kuruluşa? / To whom? _____ **Ne zaman? / When** _____

Karar / Decision: **Onay verildi / Approved** **Red edildi / Not approved**

4. Hekimin beyanı / Medical practitioner's declaration

Yukarıda bahsi geçen tedavinin tıbbi açıdan uygun olduğunu ve yasaklı ilaçlar listesinde bulunmayan alternatif ilaçların tedavide tatminkâr sonuçlar vermeyeceğini beyan ederim. /
I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

İsim / Name: _____

Tıpta Uzmanlık Alanı / Medical speciality: _____

Adres / Address: _____

Telefon / Tel: _____ Faks / Fax: _____

E-posta / E-mail: _____ Tarih / Date: _____

Hekimin İmzası / Signature of Medical Practitioner: _____

5. Sporcunun beyanı / Athlete's declaration

Aşağıda imzası bulunan ben, _____ yukarıdaki 1. Maddede yazılı bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyor, WADA Yasaklılar Listesinde bulunan bir maddenin veya yöntemin Kullanımı için tarafıma onay verilmesini talep ediyorum. Sağlığım ile ilgili Kişisel Bilgilerin, Dünya Doping Mücadele Kuralları çerçevesinde bu bilgileri alma yetkisi olan Doping Mücadele Kuruluşu (ADO) yetkili çalışanlarına ve aynı zamanda WADA'nın yetkili çalışanlarına, WADA TAKİK'ine (Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası Komitesi) ve ilgili diğer Doping Mücadele Kuruluşlarının TAKİK'ine ve yetkili çalışanlarına verilmesini onaylıyorum.

Kişisel Bilgilerimin yalnızca TAKİ talebimin değerlendirilmesi ve olası doping mücadele kural ihlali soruşturmaları ve işlemleri için kullanılacağını anlıyorum. Eğer (1) bana ait bilgilerin Kullanımı hakkında daha fazla bilgi almak, (2) bilgilerime erişim ve düzeltme hakkımı kullanmak (3) bu kuruluşların sağlığım ile ilgili bilgilere ulaşma hakkını iptal etmek istersem bu isteğimi kendi hekimime ve bağlı bulunduğum Doping Mücadele Kuruluşuna yazılı olarak iletmek zorunda olduğumu kabul ediyorum. İptal talebim öncesinde verdiğim TAKİ ile ilişkili bilgilerin, yalnızca Doping Mücadele Kuralları uyarınca olası doping mücadele kural ihlalinin saptanması amacıyla saklanması gerektiğini anlıyorum ve kabul ediyorum.

Kişisel Bilgilerimin "Özel Yaşam Gizliliğini ve Kişisel Bilgileri Koruma Uluslararası Standardı"na uygun olarak kullanılmaması durumunda, WADA ve CAS nezdinde itiraz edebileceğimi anlıyorum.

I, _____, certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. 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 provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my 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 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.

Sporcunun imzası / : _____ Tarih / Date: _____

Athlete's signature

Ebeveynin veya vasinin imzası _____ Tarih / Date: _____

Parent's / Guardian's signature:

(Sporcunun reşit olmaması veya bu formu imzalamasını engelleyen bir engelinin bulunması durumunda, bu formun Sporcunun bir ebeveyni veya vasisi tarafından, Sporcuyla birlikte ya da Sporcu adına imzalanması gereklidir. / If the athlete is a minor 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.)

6. Not / Note:

Not 1 / Note 1	<p>Teşhis Teşhisi teyit eden kanıtlar bu forma iliştilirmeli ve birlikte gönderilmelidir. Tıbbi kanıtlar, kapsamlı bir tıbbi öyküyü ve ilgili bütün muayene, laboratuvar incelemeleri ve görüntüleme çalışmalarının sonuçlarını içermelidir. Mümkünse, orijinal raporların veya yazıların kopyaları da gönderilmelidir. Kanıtlar, klinik şartlarda olabildiğince objektif olmalı ve görsel olarak sunulamayacak hususlar söz konusu olduğunda, bağımsız bir tarafça hazırlanmış ve bu başvuruda yardımcı olabilecek destekleyici tıbbi görüşler kullanılmalıdır.</p> <p><i>Diagnosis</i> <i>Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the result 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.</i></p>
-----------------------	---

Eksik doldurulan başvurular iade edilecek ve eksiklerin tamamlanarak yeniden sunulması istenecektir. / Incomplete applications will be returned and will need to be resubmitted.

Formu doldurduktan sonra lütfen *Dopingle Mücadele Komisyonuna* gönderiniz; bir nüshasını kendinize saklayınız. / Please submit the completed form to the Anti-Doping Commission and keep a copy for your records.