

F49 Therapeutic Use Exemptions Application (TUE)

Please complete all sections in capital letters or typing

1. Athlete Information

Surname:.....		Given Names:											
Female <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/>	Date of Birth:	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>/</td><td>M</td><td>M</td><td>/</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y				
Address:													
City.....	Country:.....	Postcode:.....											
Tel.:..... <i>(with international code)</i>		E-mail:.....											
Sport:.....		Discipline/ Position:.....											
International or National Sporting Organization:.....													
Please mark the appropriate box:													
<input type="checkbox"/> I am part of an International Federation Registered Testing Pool													
<input type="checkbox"/> I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool													
<input type="checkbox"/> I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required ¹ – Name of the competition:													
<input type="checkbox"/> None of the above													
If athlete with disability, indicate disability:													

¹ – Refer to your International Federation for the list of designated events

2. Medical Information

Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

STRICTLY CONFIDENTIAL

F49 Therapeutic Use Exemptions Application (TUE)

Rev 4 In vigore dal 1 gennaio 2011

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Medication details

Prohibited substance(s): <u>Generic name</u>	Dose	Route	Frequency
1.			
2.			
3.			

Intended duration of treatment: <i>(Please tick appropriate box)</i>	<input type="checkbox"/> Once only <input type="checkbox"/> Emergency
	or duration (week / month):

Have you submitted any previous TUE application:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
For which substance?		
.....		
To whom?.....	When?.....	
Decision: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Not Approved		

STRICTLY CONFIDENTIAL

F49 Therapeutic Use Exemptions Application (TUE)

Rev 4 In vigore dal 1 gennaio 2011

4. Medical practitioner's declaration

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.

Name:.....

Medical Speciality:.....

Address:.....

Tel..... Fax:.....

Email:

Date:

Signature of Medical Practitioner:

5. Athlete's declaration

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 I 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.

Read the information given by the CONI in accordance with article 13 D.lgs 196/2003 I authorize the handling of my personal and sensitive data inserted in this form.

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.

Athlete's signature: Date:

Parent's/Guardian's signature: Date:

(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)

STRICTLY CONFIDENTIAL

F49 Therapeutic Use Exemptions Application (TUE)

Rev 4 In vigore dal 1 gennaio 2011

6. Note:

Note 1	Diagnosis <i>Evidence confirming the diagnosis shall 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</i>
---------------	---

Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted.
Please submit the completed form to the ADO and keep a copy for your records.

1. Dichiarante	Il sottoscritto Dott./Prof.	Specializzazione:
----------------	-----------------------------	-------------------

In qualità di medico curante/specialista che ha effettuato la prescrizione terapeutica con medicinali contenenti principi attivi inclusi nella Lista delle sostanze e metodi proibiti WADA in vigore, per cui è richiesto il rilascio di esenzione da parte del CONI NADO (National Anti Doping Organization) e consapevole delle responsabilità correlate, dichiaro quanto segue:

2. Atleta	In data:	Per l'atleta:
-----------	----------	---------------

Nato il:	È stata formulata/confermata ¹ la seguente diagnosi:
----------	---

3. Accertamenti	Per la diagnosi di tale patologia (effettuata o confermata dal sottoscritto):	<input type="checkbox"/> non sono stati necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio <input type="checkbox"/> sono stati necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio (copie allegate alla TUE)
-----------------	---	--

4. Terapia Per il trattamento di tale patologia ho prescritto una terapia con i seguenti principi attivi contenuti in specialità medicinali registrate ed indicate nel trattamento della patologia in oggetto (in caso di asma inserire anche i glucocorticosteroidi inalatori):

Principio/i attivo/i	Specialità medicinale	Codice ATC	Via di somministrazione	Dose	Posologia (nelle 24 ore)	Durata terapia (giorni/settimane/mesi)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

5. Principi attivi	I principi attivi prescritti non sono sostituibili con altri non proibiti:	<input type="checkbox"/> perché non sono disponibili specialità medicinali contenenti principi attivi non proibiti indicati nel trattamento della patologia sopra riportata [per il principio attivo n°.....] ² <input type="checkbox"/> per documentata progressa inefficacia terapeutica di specialità medicinali contenenti principi attivi non proibiti, come risulta dalla relazione/cartella clinica allegata [per il principio attivo n°.....] ² <input type="checkbox"/> per la gravità/caratteristiche del quadro clinico [per il principio attivo n°.....] ²
--------------------	--	---

6. Procrastinabilità/ Non procrastinabilità/ Emergenza	La terapia che ho prescritto :	<input type="checkbox"/> è procrastinabile e sarà iniziata dopo aver ricevuto la notifica di autorizzazione da parte del CEFT ³ <input type="checkbox"/> deve iniziare prima della notifica del CEFT in quanto non è procrastinabile per motivi medici <input type="checkbox"/> è stata già effettuata perché in condizioni di emergenza
--	--------------------------------	---

7. Inizio/Fine della terapia	A causa dell'emergenza/non procrastinabilità la terapia (con le specialità medicinali di cui alla tabella 4) è stata già iniziata/deve necessariamente iniziare prima della comunicazione dell'eventuale autorizzazione da parte del CEFT	Data inizio terapia:	Data fine terapia:
------------------------------	---	----------------------	--------------------

8. Sospensione attività agonistica	Per la patologia in oggetto e per quanto ad essa correlato si ritiene:	<input type="checkbox"/> non necessario sospendere l'attività sportiva agonistica (con eventuale adeguato monitoraggio clinico e/o strumentale e/o di laboratorio) <input type="checkbox"/> necessario un periodo di sospensione dell'attività sportiva agonistica di almeno n°.....(giorni/settimane/mesi) ed in ogni caso in funzione dell'evoluzione del quadro clinico, a partire dal giorno
------------------------------------	--	---

9. Partecipazione a competizioni agonistiche	Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizione agonistiche dopo/durante la somministrazione dei medicinali di cui alla tabella 4:	<input type="checkbox"/> ha partecipato/parteciperà a competizione agonistiche (specificare la/e data/e) <input type="checkbox"/> non ha partecipato/parteciperà a competizioni agonistiche
--	--	--

Data di compilazione

Timbro e Firma (leggibile e per esteso)

1. Cancellare la dizione non appropriata.

2. Specificare per quale dei principi attivi prescritti (inserire il n° corrispondente della riga della tabella 4 "Terapia").

3. Per motivi medici, l'inizio della terapia può essere ulteriormente differito per non oltre 3 giorni dalla data di autorizzazione. In caso di inizio differito della terapia è necessario comunicare la data di inizio della terapia e la motivazione del differimento al CEFT (fax +39 06 36857047).

INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE

È un certificato di prescrizione terapeutica da inviare al CEFT contestualmente alla richiesta di Esenzione a Fini Terapeutici (TUE).

Compilare in STAMPATELLO in ogni sua parte, ad eccezione del punto 7 se non necessario.

La terapia riportata deve necessariamente coincidere con lo schema farmacologico inserito nel modulo TUE.

Il presente foglio di informazioni non deve essere allegato alla richiesta di TUE.

	Spiegazioni
3	Specificare se per la diagnosi della patologia in oggetto sono stati o meno necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio (in caso affermativo copie di tali accertamenti devono essere allegate alla richiesta di esenzione).
4	Indicare <u>solo</u> il nome dei <u>principi attivi proibiti prescritti</u> , la specialità medicinale in cui il principio attivo è contenuto, il relativo codice ATC, la dose (quantità di principio attivo presente nell'unità posologica), la posologia (frequenza nelle 24 ore), la via di somministrazione (anche abbreviazioni) e la durata del trattamento (precisando se riferiti a <i>giorni/settimane/mesi</i>). La specialità medicinale, contenente il principio/i attivo/i proibito/i, deve essere registrata ed indicata per la patologia da cui l'atleta risulta affetto (in caso di prescrizione di più di cinque principi attivi proibiti compilare una seconda scheda ed allegarla). Nel caso di atleta asmatico soggetto alla TUE che utilizza una terapia inalatoria associativa di glucocorticosteroidi e β_2-agonisti , il glucocorticosteroide deve essere inserito in questa sezione insieme ai β_2 -agonisti.
5	Specificare il motivo per cui il principio attivo prescritto non è sostituibile con altri non proibiti (possono essere fornite più risposte specificando tra le parentesi il principio/i attivo/i interessato/i dalla giustificazione fornita).
6	Precisare se la terapia prescritta è o non è procrastinabile. In caso di procrastinabilità del trattamento, l'inizio della terapia deve essere successivo alla comunicazione di autorizzazione da parte del CEFT. Per esigenze mediche, l'inizio della terapia può essere differito al massimo entro e non oltre tre giorni dalla data di autorizzazione da parte del CEFT. In caso di inizio differito della terapia è necessario comunicare la data di inizio della stessa e la motivazione del differimento via fax al CEFT (fax +39 06 36857047). In caso di emergenza/non procrastinabilità della terapia riportare al successivo punto 7 la data di inizio e di fine terapia.
7	Da compilare solo nelle situazioni cliniche in cui non sia stato/non è possibile attendere l'autorizzazione al trattamento da parte del CEFT per iniziare il trattamento (emergenze/non procrastinabilità). Tale durata di terapia deve necessariamente coincidere con quella riportata nel modulo TUE.
8	Il medico che ha prescritto la terapia esprime il proprio parere sulla necessità o meno di sospendere l'attività sportiva agonistica, la decisione finale circa l'idoneità o la non idoneità all'attività sportiva agonistica per l'atleta e per la patologia in oggetto è di competenza in ogni caso del medico specialista in medicina dello sport responsabile.
9	Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizione agonistica durante o nelle ore/giorni successivi alla somministrazione del farmaco. In caso affermativo, specificare la/e data/e.
<p>N.B. 1. Nelle domande 3-6-8-9 barrare una sola casella.</p> <p>N.B. 2. La Scheda per il medico curante/specialista sarà considerata valida solo se datata, timbrata e firmata in modo leggibile e per esteso.</p>	

- Il certificato deve essere compilato esclusivamente dal medico che ha prescritto la terapia con specialità medicinali contenenti principi attivi proibiti, che è responsabile della diagnosi o della conferma di una precedente diagnosi e terapia.

- Il medico responsabile della prescrizione terapeutica deve necessariamente possedere la specializzazione più adeguata e coerente con la diagnosi e con la tipologia di trattamento prescritto. A discrezione del CEFT, per alcune patologie (in particolare se emergenze) può essere accettabile una prescrizione effettuata da un medico provvisto di specializzazione affine o non specialista.

- In caso di patologie acute e/o di recidive/riacutizzazione di patologie va riportata la data della diagnosi correlata all'evento clinico che ha determinato l'attuale esigenza terapeutica.

- In caso di patologie ad evoluzione cronica (ad esempio: diabete), la data della diagnosi è quella della prima volta in cui è stata diagnosticata la patologia che ha condotto alla prescrizione del trattamento in oggetto (in caso di patologie diagnosticate negli anni precedenti la presente richiesta può essere riportato solo l'anno in cui è stata effettuata la diagnosi).