



IL PRESENTE MODULO NON DEVE ESSERE COMPILATO

Questo documento ha la sola funzione di facilitare la comprensione delle domande formulate nel modulo THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE), Mod. 1 TUE: NADO San Marino strictly confidential (in Inglese) Per favore completare tutte le sezioni in modo leggibile, scrivendo in stampatello o a macchina. L'Atleta compilerà le sezioni 1,5,6 e 7; il medico compilerà le sezioni 2,3 e 4.

1. Informazioni sull'Atleta

Cognome:	Nome:
Sesso: Donna <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/>	Data di nascita (dd/mm/yyyy):
Domicilio:	
Città:	Nazione: CAP:.....
Tel.: E-mail:	
Sport: Disciplina/ Ruolo:	
Federazione nazionale o internazionale di appartenenza:	
Nel caso di un atleta paraolimpico e special olympic il tipo e classificazione della limitazione:	

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 contenete un principio attivo non ammesso (lista della WADA).

Note Documentazione di supporto – Informazioni per il medico

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 per le Esenzioni a Fini Terapeutici (TUEc) deve poter disporre di informazioni cliniche sufficienti per confermare la patologia e il trattamento prescritto senza poter osservare direttamente le condizioni cliniche del paziente.

Se questa documentazione non è resa disponibile, la richiesta sarà respinta prima di essere visionata dal Comitato per le Esenzioni a fini Terapeutici. Pregasi verificare attentamente la documentazione di supporto che è allegata alla domanda.

Sul sito della WADA, www.wada-ama.org accedendo a Therapeutic Use Exemption, "Medical Information", è possibile individuare le linee-guida con diagnosi e cura delle condizioni cliniche più comuni che interessano gli atleti e che possono richiedere il trattamento con sostanze proibite. Le linee guida per la compilazione del TUE da parte del medico (sempre in lingua inglese) è scaricabile anche sul sito del Comitato Olimpico (www.cons.sm) entrando nel link "antidoping" e cercando "Guida operativa WADA per il TUE".

- Descrizione dettagliata della patologia.
- 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 la ha effettuata).
- Copie dei referti di laboratorio e delle immagini anche se in formato elettronico. Una frase riassuntiva o di rimando ai risultati di laboratorio non è sufficiente. Se i risultati di laboratorio fanno parte o sono correlati alla diagnosi, non è accettabile il solo riferimento, ma deve essere allegata copia del documento originale.
- Una dichiarazione motivata per sostenere la peculiarità terapeutica per la somministrazione della sostanza vietata rispetto alle altre alternative disponibili tra i farmaci sostanze ammesse.
- Parere medico di un soggetto terzo, quando disponibile o appropriato.

3. Farmaci e prescrizione

Sostanze proibite prescritte: Nome del farmaco e principio attivo	Dosaggio	Via di somministrazione	Frequenza

4. Durata del trattamento proposto:

Durata del trattamento: (Segnare la casella appropriata):	<input type="checkbox"/> Somministrazione in una unica soluzione <input type="checkbox"/> Emergenza (se è un trattamento di emergenza riportare sul frontespizio della domanda "EMERGENZA" in modo da accelerare l'iter della pratica) <input type="checkbox"/> Somministrazione prolungata (note settimane - mesi)
--	---

4. Dichiarazioni del medico curante

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

Nome:

Specialità Medica:

Indirizzo:

Tel: Fax: Email:

Firma del Medico: Date:

5. Retroattività

Questa è una richiesta retroattiva?

SI:

No:

Se SI, in che data è iniziato il trattamento:

.....
.....
.....
.....

Indicare le motivazioni:

E' stato necessario eseguire un trattamento d'emergenza o il trattamento di una condizione acuta dell'atleta

A causa di altre circostanze eccezionali, non sussistevano le condizioni temporali o di applicabilità per avviare l'iter di richiesta dell'esenzione ai fini terapeutici.

Non era prevista dai regolamenti la richiesta anticipate delle'esenzione ai fini terapeutici

Altro, specificare:

.....
.....
.....

6. Richieste precedenti

Hai già presentato in precedenza una richiesta/e ?

SI: No:

Per quale sostanza/e?

.....
.....
.....

A chi? Quando?

Decisione finale: Approvata No Approvata

7. Dichiarazione 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, Organizzazioni Antidoping per lo svolgimento delle attività previste dal Codice WADA e dagli International Standard for Therapeutic Use Exemptions (ISTUE).

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

Sono a conoscenza che le mie informazioni verranno usate esclusivamente per la valutazione della mia richiesta di esenzione a fini terapeutici (TUE) e nel contesto generale di una valutazione su potenziali infrazioni ai regolamenti e/o alle procedure.

Sono inoltre a conoscenza che se desidero:

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

dovrò informare per iscritto il mio medico curante, l'Organizzazione Anti-Doping di riferimento (ADO) della mia decisione.

Sono a conoscenza ed acconsento che potrebbe essere necessario per le informazioni correlate alle domande di Esenzioni ai Fini Terapeutici antecedenti la mia richiesta di revoca dell'autorizzazione al trattamento dei dati, che queste restino a disposizione solo allo scopo di valutare una potenziale infrazione alle normative antidoping, ove richiesto dal Codice Mondiale Antidoping.

Acconsento 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 incluse le Testing Authority e/o Result Management Authority di competenza.

Sono informato ed accetto che coloro che utilizzano le mie informazioni e decisioni su questa mia domanda di esenzione possono essere residenti in una nazione diversa da quella nella quale io risiedo. In alcune di queste nazioni la legislazione sul trattamento e protezione dei dati può non essere equivalente a quella del paese nel quale ho la residenza.

Considero che se i miei dati personali non fossero trattati in conformità con questo mio consenso e con gli International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, posso appellarmi alla WADA e 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 fermata dal genitore o dall'affidatario congiuntamente o in alternative a quella dell'atleta).

Si prega di inviare (conservandone una copia) la domanda completa a:
NADO San Marino (c/o C.O.N.S.) Via Rancaglia 30, 47899 Serravalle – RSM
Fax (+378) 0549 885651 E-mail antidoping@cons.sm

Le domande incomplete saranno rimandate indietro e dovranno essere rinviate.
Il TUE sarà effettivo solo quando all'atleta sarà notificata l'accettazione della richiesta.