



MAGYAR ANTIDOPPING CSOPORT  
HUNGARIAN ANTI-DOPING GROUP



**Magyar TUE Bizottság (HTUEC) – Hungarian TUE Committee**

## KÉRELEM / APPLICATION FORM

TUE – Gyógyászati célú mentesség engedélyezéséhez  
*Therapeutic Use Exemptions (TUE)*

Kérjük, minden rovatot olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel, vagy számítógéppel töltsön ki. Az 1, 5, 6, és 7 szekciókat a sportoló, a 2,3 és 4 szekciókat a kezelőorvos tölti ki. Az olvashatatlan vagy hiányosan kitöltött kérelmek minden esetben visszaküldésre kerülnek, és csak az újból beadott, olvashatóan és teljes mértékben kitöltött kérvények fogadhatók el.

*Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1,5, 6 and 7; physician to 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. Sportoló adatai / Athlete Information

|   |  |
|---|--|
| Név / Name (Surname – Given Names)  |  |
| Születési név / Maiden Name   |  |
| Neme / Gender   | <input type="checkbox"/> Nő / Female <input type="checkbox"/> Férfi / Male |
| Születési idő, hely (nn/hh/éééé) /<br><i>Date of Birth (dd/mm/yyyy), Place</i>  |  |
| Lakcím / Address  |  |
| E-mail cím / E-mail address   |  |
| Mobilszám / (Mobile) Phone No.  |  |
| Sportszövetség neve /<br><i>International or National Sport Organization</i>  |  |
| Versenyszám / Sport – Discipline  |  |
| Fogyatékkal élő sportoló esetén, a<br>fogyatékoság megjelölése /<br><i>In case of an Athlete with an impairment,<br/>please indicate the impairment</i> |  |

|   |   |
|---|---|
| Nemzeti Nyilvántartott Vizsgálati Csoport tagja / | Igen / Yes <input type="checkbox"/> Nem / No <input type="checkbox"/> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <i>Member of the national RTP list</i>   |   |
| Nemzetközi Nyilvántartott Vizsgálati Csoport tagja /<br><i>Member of the international RTP (IRTP) list</i> | Igen / Yes <input type="checkbox"/> Nem / No <input type="checkbox"/> |

## 2. Egészségügyi információ / Medical Information

Elégséges egészségügyi információt tartalmazó diagnózis, betegség, sérülés leírása /  
*Diagnosis*

Ha az egészségi állapot helyreállítására csak a hatályos WADA Tiltólistán szereplő szer alkalmazható, és - más, a hatályos Tiltólistán nem szereplő terápiás alternatíva nem ismert -, kérjük indokolja meg, hogy miért szükséges a tiltott szer használata. (Kérem, részletesen indokolja, hogy miért tartja elengedhetetlennek a Tiltólistán szereplő gyógyszer/módszer alkalmazását a sportoló esetében.) /  
*If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:*

|                      |   |
|----------------------|---|
| Megjegyzés /<br>Note | Jelen kérelemhez a diagnózist alátámasztó orvosi bizonyítékokat csatolni kell és a teljes dokumentációt egyszerre benyújtani. Az orvosi dokumentumok között szerepelnie kell a részletes kórtörténetnek, és az összes releváns vizsgálati, laboratóriumi és képalkotó eljárás eredményének. Lehetőség szerint kérjük csatolni az eredeti orvosi leleteket, szakvéleményeket, zárójelentéseket, vagy ezek olvasható másolatát. A dokumentum legyen a lehető legobjektívebb a klinikai körülmények tekintetében, nem demonstrálható állapot esetében, a kérelmet segíti a független támogató orvosi szakvélemény.<br><br>A megfelelő orvosi információk megadása körében a WADA számos iránymutatást (guideline-t) tett elérhetővé a kezelőorvosok számára. Ezen guideline-ok a WADA hivatalos weboldalán, a <a href="https://www.wada-ama.org">https://www.wada-ama.org</a> főoldalon megjelenő "search" / |
|----------------------|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>"keresés" sorban a "Medical Information" kifejezést megadva ugranak fel. A guideline-ok számos, a sportolókat érintő típusbetegség diagnózisát és kezelésmódját adják meg, kitérve az esetleges tiltott szereket tartalmazó kezelésmódok alkalmazásának lehetőségére is. /</p> <p><i>Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must 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. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.</i></p> <p><i>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: <a href="https://www.wada-ama.org">https://www.wada-ama.org</a>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.</i></p> |
|--|---|

### 3. Kezelés részletes adatai / Medication Details

| Tiltott szer(ek) /<br><i>Prohibited substance(s)</i> | Dózis /<br><i>Dose</i> | Alkalmazási mód /<br><i>Route of Administration</i> | Gyakoriság /<br><i>Frequency</i> |
|--|------------------------|---|----------------------------------|
| Generikus név /<br><i>Generic name</i>               |                        |   |                                  |
| 1.   |                        |   |                                  |
| 2.   |                        |   |                                  |
| 3.   |                        |   |                                  |
| 4.   |                        |   |                                  |
| 5.   |                        |   |                                  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Kezelés tervezett időtartama /</b><br><b>Planned duration of treatment</b><br>(kérjük a megfelelő válasz jelölését) /<br>(please indicate one) | <input type="checkbox"/> Egyetlen alkalom / <i>ad hoc treatment</i>   |
|   | <input type="checkbox"/> Meghatározott időtartam (hét/hónap) /<br><i>Set treatment regime (weeks/months)</i><br>..... |
|   | <input type="checkbox"/> Folyamatos / <i>Persistent</i>   |
|   | <input type="checkbox"/> Vészhelyzet / <i>Emergency</i>   |

#### 4. Orvosi nyilatkozat / *Medical Practitioner's Declaration*

Igazolom, hogy a 2. és 3. szekcióban részletezett adatok pontosak, a valóságnak megfelelőek, és az orvosi kezelés a szakma szabályai szerint történt.

***I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.***

Név / *Name:*

Orvosi szakterület / *Medical specialty:*

Cím / *Address:*

Tel.:

Fax:

E-mail:

Kelt/Date:

Orvos aláírása / *Signature of Medical Practitioner*

ph

#### 5. Visszamenőleges kérelem / *Retroactive Application*

|   |   |
|---|---|
| Jelen TUE engedély iránti kérelem visszamenőleges? /<br><i>Is this a retroactive TUE Application?</i>   | <input type="checkbox"/> Igen / Yes <input type="checkbox"/> Nem / No   |
| Amennyiben igen, mely napon kezdték meg a kezelést? /<br><i>If yes, on what date was the treatment started?</i>   |   |
| Kérjük, válasszon <u>egy</u> az<br>alábbiak közül /<br><i>Please choose <u>one</u>:</i>   | <input type="checkbox"/> Vészhelyzetet vagy az egészséget veszélyeztető akut<br>helyzetet elhárító beavatkozásra volt szükség / <i>Emergency<br/>treatment or treatment of an acute medical condition was<br/>necessary</i>   |
|   | <input type="checkbox"/> Más kivételes körülmény miatt nem volt elegendő idő vagy<br>lehetőség a mintavételt megelőzően a kérvény benyújtására<br>/ <i>Due to other exceptional circumstances, there was<br/>insufficient time or opportunity to submit an application<br/>prior to sample collection</i> |
|   | <input type="checkbox"/> A vonatkozó szabályok szerint nincs szükség előzetes<br>kérelem benyújtására / <i>Advance application not required<br/>under applicable rules</i>  |
|   | <input type="checkbox"/> Méltányosságból / <i>Fairness</i>  |
| Méltányossági igényét kérjük,<br>indokolja: / <i>In case of fairness,<br/>please explain your reasons:</i><br>(A méltányossági alapú<br>visszamenőleges hatályú TUE |   |

|  |  |
|--|--|
| engedély a WADA és a HUNADO együttes jóváhagyásához kötött! / <i>Subject to the joint approval of WADA and HUNADO!</i> ) |  |
|--|--|

### 6. Korábbi kérvények / *Previous Applications*

|  |   |
|--|---|
| Adott már be korábban TUE engedély iránti kérelmet bármely doppingellenes szervezetnek?<br><i>Have you submitted any previous TUE Application(s) to any ADO?</i> | <input type="checkbox"/> Igen / Yes <input type="checkbox"/> Nem / No   |
| Milyen gyógyszerre, hatóanyagra vonatkozóan? /<br><i>For which substance or method?</i>  |   |
| Mely szervezethez nyújtotta be? /<br><i>To whom you submitted the TUE Application(s)?</i>  |   |
| Mikor nyújtotta be? /<br><i>When the TUE Application(s) was submitted?</i>   |   |
| Határozat száma /<br>Resolution – Decision No:   | <input type="checkbox"/> Jóváhagyva / Approved<br><input type="checkbox"/> Elutasítva / Denied – Not Approved |

### 7. Sportoló nyilatkozata

Alulírott sportoló ezúton írásban nyilatkozom, hogy az 1, 5 és 6 szekciókban szereplő valamennyi információ helyes és pontos. Továbbá ezúton felhatalmazást adok arra vonatkozóan is, hogy személyes egészségügyi információimat kiadják a Nemzeti Doppingellenes Szervezet (NADO), valamint a WADA erre felhatalmazott munkatársainak, a WADA TUEC (Gyógyászati célú Mentességi Bizottság), és a sportágam Nemzetközi Szövetsége TUEC (Gyógyászati célú Mentességi Bizottsága), és olyan felhatalmazott munkatársai részére, akik a Szabályzat rendelkezései szerint az információt megkapni jogosultak lehetnek. Tudomással bírok arról, hogy ezen személyek hivatásrendjük etikai szabályai, illetve szerződéses jogviszonyuk alapján titoktartásra kötelesek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezelőorvosom a jelen kérelmem elbírálásához szükséges bármely egészségügyi adatomat a fenti személyek rendelkezésére bocsássa.

Tudomásul veszem, hogy adataimat kizárólag a Gyógyászati mentességre (TUE) irányuló kérelmem elbírálása céljából, az esetleges doppingvétség kivizsgálása és az erre irányuló eljárás összefüggésében használhatják fel. Tudomásul veszem, hogy ha bármikor (1) bővebb tájékoztatást kívánok adataim felhasználásáról; (2) gyakorolni kívánom bármely jogomat, így különösen hozzáférési és helyesbítési, kijavítási, korlátozási, tiltakozási, vagy törlési jogomat, vagy (3) a fenti szervezeteknek az egészségügyi adataim megszerzésére vonatkozó jogát vissza kívánom vonni, köteles vagyok erről írásban értesíteni orvosomat, és az illetékes Nemzeti Doppingellenes Szervezetet (NADO). Tudomásul veszem, hogy a beleegyezésem visszavonásáig a

Gyógyászati mentességhez (TUE) kapcsolódó személyes adataim megőrzésre kerülnek, és azok a doppingvétségek elkövetésének igazolása, illetve lehetséges doppingvétségek megállapítása céljából az arra illetékes szervezetek rendelkezésére bocsáthatók, amennyiben ezt a Nemzetközi Doppingellenes Szabályzat (WADA Kódex), a doppingellenes nemzetközi követelmények, vagy a nemzeti doppingellenes szabályozás előírja, továbbá akár a személyemet, akár a WADA-t, vagy egyéb doppingellenes szervezetet érintő jogi igény megalapozásához, érvényesítéséhez, vagy ezzel kapcsolatos védekezés előterjesztéséhez az szükséges.

Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a jelen kérelem alapján meghozott döntés a felettem ellenőrzési, illetve eredménykezelési jogosultsággal rendelkező doppingellenes szervezetek részére továbbításra kerüljön.

Tudomással bírok arról és elfogadom, hogy a személyes adataim, és a jelen kérelmem alapján meghozott döntés a tartózkodási országomon kívüli országokba is továbbításra kerülhetnek. Egyes országok adatvédelmi szabályai által biztosított védelmi szint eltérhet a tartózkodási országom szabályai által biztosított védelmi szinttől. Tudomással bírok arról és elfogadom, hogy a személyes adataim a Nemzetközi Doppingellenes Ügynökség (WADA) által kanadai szerverszolgáltatónál fenntartott ADAMS rendszerben kerülnek tárolásra a WADA adatvédelmi nemzetközi követelményében (International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information) meghatározott időtartamra szólóan.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben úgy vélem, hogy személyes adataim nem a fenti nyilatkozatnak, és/vagy a magánélet védelmére, és a személyes adatokra vonatkozó nemzetközi követelménynek megfelelően kerülnek kezelésre, úgy panasszal élhetek a WADA (Nemzetközi Doppingellenes Ügynökség) vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (NAIH) felé.

Tudomással bírok arról, hogy a nemzeti doppingellenes és egyéb jogszabályok alapján a fenti szervezetek a jelen hozzájárulásomtól függetlenül kötelesek lehetnek a személyes adataim bírósági, vagy hatósági eljárásban történő megadására.

Kelt:

**sportoló aláírása**

**szülő/gondviselő aláírása**

(Amennyiben a sportoló kiskorú, vagy a jelen nyomtatvány aláírásában őt gátló fogyatékoságban szenved, a sportolóval együtt, vagy nevében, a szülők, vagy gondviselők kötelesek a nyomtatványt aláírásukkal hitelesíteni.)

## 7. Athlete's Declaration

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. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

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 any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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 investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

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 my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

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(privacy@wada-ama.org) or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

**Date:** \_\_\_\_\_

**Athlete's signature**

**Parent's/Guardian's signature**

*(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)*

**Kérjük, a kitöltött nyomtatványt a Magyar TUE Bizottsághoz (HTUEC) nyújtsa be,  
és egy másolati példányt őrizzen meg!**

## **Tájékoztató a TUE kérelem kitöltéséhez**

### **Mely sportolóknak kell TUE engedélyt kérniük?**

- Nemzeti szintű sportolók: nemzeti válogatott tagja, Országos/Magyar Bajnokság versenyében induló érmes sportolók
- hazai vagy nemzetközi edzőtáborban résztvevők (központilag finanszírozott)
- Akik a Nemzeti vagy Nemzetközi Nyilvántartott Vizsgálati Csoport (RTP-IRTP) tagjai
- Akik olyan nemzetközi versenyen indulnak, ahol a nemzetközi szövetség az indulóknak ezt kötelezően előírja

### **1. TUE engedély köteles szerek, eljárások:**

Szájon át, rectalisan, intravénásan, intramuscularisan beadott készítmények valamint az inhalációs úton alkalmazott Béta-2 Agonisták úgy mint, terbutalain, fenoterol

*Oral, rectal, intravenous or intramuscular administrations and use of Beta-2 agonists (Only: Terbutaline and Fenoterol) by inhalation requires a TUE Application.*

### **2. TUE engedélyt nem igénylő szerek, eljárások:**

A bőrgyógyászati (beleértve iontoforézist és fonoforézist), fül-, orr-, szem-, fogíny-, szájnyálkahártyán és perianálisan alkalmazott készítmények.

Nem szisztémásan alkalmazott glucocorticosteroidok. Lokális alkalmazásnak minősül: intraarticularis / periarticularis / peritendinous / epiduralis / intradermalis / injekciók / és az inhalatív úton történő használat.

Béta-2 Agonisták közül: Salbutamol, Salmeterol, Formoterol készítmények.

*Topical preparations when used for dermatological (including iontophoresis / phonophoresis), auricular, nasal, ophthalmic, buccal, gingival, perianal disorders and PRP.*

*Glucocorticosteroids by non-systemic routes: intraarticular / periarticular / peritendinous / epidural / intradermal injections. Use of Salbutamol and Salmeterol and Formoterol.*

### **3. Asztmaellenes gyógyszerek kérelme:**

Asztmaellenes gyógyszerek kérelmezése a gyógyászati alkalmazás minimális követelményei:

1. Teljes, részletes orvosi dokumentáció, kórtörténet
2. Minden részletre kiterjedő dokumentáció a klinikai vizsgálatokról, különös tekintettel a specifikus légzésfunkciós vizsgálatokra
3. Spirometriás vizsgálatok dokumentációja, FEV1 érték kimutatásával
4. Légúti obstrukciós vizsgálat dokumentációja, demonstrálva a reverzibilis bronchoconstrictiót amennyiben a spirometria ismétlésre került rövid hatású Béta-2 agonista használat után
5. Légúti provokációs teszt dokumentációja
6. Vizsgálatokat végző orvos neve, szakterülete, címe, telefonszáma, faxszáma, e-mail címe

### **4. Az elbírálás határideje:**

A beérkezett kérelmek elbírálásának határideje, a beérkezéstől számított 30 nap.

A hiányosan kitöltött kérelmeket a hiány pótlása után újra be kell adni.

Hiánypótlásra visszaküldött kérelmek esetében a határidő a pótlás beérkezésétől számított, újabb 30 nap.

**Fontos, hogy csak 3 hónapnál nem régebbi szakorvosi véleményeket, laborleleteket és ambuláns lapokat lehet a kérelem mellékleteként beadni. Az ennél régebbi orvosi dokumentációkat a Bizottság nem veszi figyelembe!**

**Figyelmeztetés! A több évre kiadott engedélyk évesenkénti (12 hónap) felülvizsgálata kötelező. Az éves felülvizsgálati eljárás elmaradása esetén az engedély 12 hónap után érvényét veszti!**