



Bosnia and Herzegovina  
Agency for antidoping control

**Obrazac zahtjeva za odobrenje izuzeća u terapijske svrhe (TUE)**  
**Therapeutic Use Exceptions (TUE) APPLICATION FORM**

Molimo popunite sve rubrike štampanim slovima ili otkucajte na računaru. Sportista treba popuniti rubrike 1, 5, 6 i 7, a ljekar treba popuniti rubrike 2, 3, i 4. Nečitke i nepotpune prijave će biti vraćene, a potom će biti potrebno naknadno ispravno popuniti i dostaviti.

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. Informacije o sportisti / Athlete Information**

Prezime: Surname:		Ime: Given Names:			
Žensko: Female:	<input type="checkbox"/>	Muško: Male:	<input type="checkbox"/>	Datum rođenja (d.m.g): Date of Birth (d.m.y):	
Adresa: Address:					
Grad: Town:		Država: Country:		Poštanski broj: Postcode:	
Telefon: (sa međunarodnim pozivnim brojem): Phone: (with international code):		e-mail:			
Sport: Sport:		Disciplina/pozicija: Discipline/position:			
Međunarodna ili nacionalna sportska organizacija: International or National sporting organization:					
Ako sportista ima invaliditet, navesti koji: If athlete has disability, indicate disability:					

**2. Zdravstvene informacije / Medical information**

Dijagnoza: Diagnosis:	
Ako se dozvoljeni lijek može koristiti za liječenje navedenog stanja, navedite kliničko opravdanje za upotrebu nedozvoljenog lijeka: If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:	
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	
<b>Napomena</b>	<b>Dijagnoza</b> Dokaz koji potvrđuje dijagnozu treba biti priložen i dostavljen sa ovom prijavom. Medicinski dokaz treba da sadrži iscrpnu zdravstvenu historiju i rezultate svih relevantnih pregleda, laboratorijskih ispitivanja i snimaka. U slučajevima gde je to moguće, treba priložiti kopije originalnih izveštaja ili dopisa. Dokaz treba da je objektivn koliko god je to moguće u pogledu kliničkih pojedinosti, a u slučaju nedokazivih stanja nezavisna afirmativna stručna mišljenja će se uzeti u obzir.
<b>Note</b>	<b>Diagnosis</b> 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.

### 3. Detalji o lijeku / Medication details

	Zabranjene supstance: <u>Generički naziv</u> Prohibited substance(s): <u>Generic name</u>	Doza Dosage	Način unosa Route	Učestalost Frequency	Trajanje terapije Duration of treatment
1.					
2.					
3.					

### 4. Izjava ljekara / Medical practitioner's declaration

Potvrđujem da je su gore navedeni podaci u rubrici 2 i 3 tačni, i da je gore spomenuta terapija medicinski odgovarajuća. I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above -mentioned treatment is medically appropriate.			
Ime i prezime: Name:			
Specijalnost: Medical specialty:			
Adresa: Address:			
Telefon: Phone:			
Faks: Fax:			
E-mail:			
Potpis ljekara: Signature of Medical Practitioner:		Datum: Date:	

### 5. Retroaktivne prijave / Retroactive applications

Da li je u pitanju retroaktivan zahtjev? Is this a retroactive application?	Da Yes	<input type="checkbox"/>	Ne No	<input type="checkbox"/>
Ukoliko jeste, kojeg datuma je započeto liječenje? If yes, on what date was treatment started?				
<b>Molimo navedite razlog: Please indicate reason:</b>				
Bio je potreban hitan tretman ili tretman akutnog medicinskog stanja Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary	<input type="checkbox"/>			
U skladu sa drugim izuzetnim okolnostima, nije bilo dovoljno vremena ili prilike za podnošenje zahtjeva prije davanja uzorka Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection	<input type="checkbox"/>			
Nije bilo potrebno podnositi zahtjev unaprijed, prema pravilima prijavljivanja Advance application not required under applicable rules	<input type="checkbox"/>			
Drugi razlog Other	<input type="checkbox"/>			
Molimo objasnite Please explain				

## 6. Ranije prijave / Previous applications

Da li ste ikada ranije podnosili zahtjev za TUE? Have you submitted any previous TUE application(s)?	Da Yes	<input type="checkbox"/>	Ne No	<input type="checkbox"/>
Za koju supstancu ili metodu? For which substance or method?				
Kome? To whom?		Kada? When?		
Odluka Decision	Odobreno Approved	<input type="checkbox"/>	Nije odobreno Not approved	<input type="checkbox"/>

## 7. Izjava sportiste / Athlete's declaration

<p>Ja, _____ potvrđujem da su podaci u rubrikama 1, 5 i 6 tačni. Saglasan sam da se sve informacije koje se odnose na zahtjev prenesu Odboru za TUE Agencije za antidoping kontrolu Bosne i Hercegovine, kao i ovlaštenom osoblju WADA-e, Odboru za terapijska izuzeća WADA-e, kao i drugim odborima za terapijska izuzeća drugih antidoping organizacija i ovlaštenom osoblju koji mogu imati pravo na dostavljene podatke prema Svjetskom antidoping kodeksu i Međunarodnom standardu za izuzeća u terapijske svrhe. Saglasan sam da gore navedenim osobama moji liječnici dostave bilo koji podatak o mom zdravlju koji smatraju potrebnim u svrhu razmatranja i odlučivanja po mojoj prijavi. Razumijem da će moji podaci biti korišteni isključivo za razmatranja zahtjeva za TUE i u kontekstu mogućeg kršenja antidoping pravila i procedura. Razumijem da ukoliko bih želio (1) informisati se o korištenju mojih zdravstvenih podataka, (2) upotrijebiti moje pravo pristupa i ispravki, ili (3) opozvati pravo navedenim organizacijama da prikupe moje podatke, morat ću pismeno o tome obavijestiti svoga liječnika i Agenciju za antidoping kontrolu BiH. Razumijem i saglasan sam da bi podaci o TUE, koji su dostavljeni prije opoziva, mogli biti zadržani isključivo u svrhu utvrđivanja mogućeg kršenja antidoping pravila, kako je predviđeno Svjetskim antidoping kodeksom. Saglasan sam da odluka po ovom zahtjevu bude dostupna svim antidoping organizacijama, ili drugim organizacijama koji imaju nadležnost nada mnom po pitanju testiranja i upravljanja rezultatima. Razumijem i prihvatam da korisnici mojih informacija i odluke po ovom zahtjevu mogu biti izvan države u kojoj živim. U nekim od država zakoni o privatnosti i zaštiti podataka mogu se razlikovati u odnosu na državu u kojoj živim. Razumijem da, ukoliko smatram da se moji lični podaci ne koriste u skladu sa navedenom saglasnošću i Međunarodnim standardom za zaštitu privatnosti i ličnih podataka, mogu podnijeti žalbu WADA-i i CAS-u.</p> <p>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.</p>			
Potpis sportiste Athlete's signature		Datum: Date:	
Ukoliko je sportista maloljetan ili ima nedostatak koji ga onemogućava da potpiše ovaj obrazac, roditelj ili staratelj će ga potpisati na njegov zahtjev. 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 Athlete.			
Potpis roditelja/staratelja Parent's/Guardian's signature		Datum: Date:	

**Molimo vas da kompletnu prijavu dostavite poštom, mailom ili faxom i zadržite kod sebe kopiju prijave.  
Please submit the completed form via post, e-mail or fax and keep a copy of your records.**

**Agencija za antidoping kontrolu Bosne i Hercegovine  
Maršala Tita 36, 75000 Tuzla  
E-mail: info@ada.gov.ba; Tel: 035-310-690; Fax: 035-310-691;**