



FORMULAR PRIVIND APLICAREA PENTRU
SCUTIRE DE UZ TERAPEUTIC (SUT)
[THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE) APPLICATION FORM]

Vă rugăm să completați toate secțiunile cu majuscule sau cu litere de tipar. Sportivul va completa secțiunile 1, 5, 6 și 7; medicul va completa secțiunile 2, 3 și 4. Cererile ilizibile sau incomplete vor fi returnate și vor trebui retrimise în formă ilizibilă și completă. *[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.]*

I. Date generale despre sportiv [Athlete information]

Nume :..... **Prenume :**.....
[Surname] [Given Names]

Femeie **Bărbat** **Data nașterii (Z/L/A):**.....
[Female] [Male] [Date of Birth (d/m/y)]

Adresa [Address]:.....

Localitatea:..... **Țara:**..... **Cod poștal:**.....
[City] [Country] [Postcode]

Tel.:..... **E-mail:**.....
(cu cod internațional / [with international code])

Disciplina sportivă:..... **Ramura sportivă**

[Sport] [Discipline]

Structura sportivă (clubul, asociația, etc.):

[Sport organization (club, association, etc.)]

Vă rugăm să bifați căsuța corespunzătoare: *[Please tick of if necessary]*

Fac parte din Lotul de Testare Înregistrat al Federației Internaționale
[I am part of an International Federation Registered Testing Pool]

Fac parte din Lotul de Testare Înregistrat al Agenției Naționale Anti-Doping al RM
[I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool]

Particip la un eveniment sportiv al Federației Internaționale pentru care este necesară o SUT acordată conform regulilor Federației Internaționale¹ - Denumirea competiției

[I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required - name of the competition]

Nici unul din cazurile de mai sus
[None of the above]

În cazul sportivilor cu dizabilități, specificați natura dizabilităților:
[If athlete with disability, indicate disability]:

.....

II. Date despre starea de sănătate [Medical information]

Diagnostic clinic complet [Diagnosis with sufficient medical information]

Dacă se pot utiliza medicamente permise pentru a trata afecțiunea medicală, furnizați o justificare clinică pentru utilizarea medicamentelor interzise / [If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication]:

Comentariu [Comment]:

Dovezile prin care se confirmă diagnosticul trebuie atașate și înaintate cu acest formular. Dovezile medicale trebuie să cuprindă un istoric medical detaliat și rezultatele tuturor examinărilor speciale, investigațiile de laborator și radiografiile relevante. Dovezile trebuie să fie cât mai obiective posibil în circumstanțele medicale, iar în cazul afecțiunilor care nu pot fi dovedite, formularul va fi însoțit de opinii medicale independente care să susțină acest formular. [Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information 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.]

AMAD menține o serie de îndrumări pentru a ajuta medicii în pregătirea completă și pe parcursul solicitării SUT. Aceste Îndrumări pentru medici privind SUT pot fi accesate pe site-ul AMAD prin introducerea termenului "informații medicale": <https://www.wada-ama.org>. Îndrumările abordează diagnosticul și tratamentul mai multor afecțiuni medicale care afectează sportivii în mod frecvent, și pentru care este necesar tratamentul cu substanțe interzise. [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: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.]

III. Detalii despre medicamente [Medication details]

Substanța(e) interzisă(e) / [Prohibited substance] : Denumirea comercială / [Generic name]	Doză [Dose]	Mod de administrare [Route of Administration]	Frecvență [Frequency]
1.			
2.			
3.			
Durata planificată a tratament / [Intended duration of treatment]: (Vă rugăm bifați căsuța corespunzătoare / [Please tick appropriate box])	<input type="checkbox"/> o dată [once only] <input type="checkbox"/> de urgență [emergency] <input type="checkbox"/> sau de durată (săpt./lună):..... [or duration (week/month)]		

IV. Declarația Medicului [Medical practitioner's declaration]

Certific faptul că informațiile menționate mai sus la secțiunile 2 și 3 sunt corecte și că tratamentul menționat mai sus este potrivit din punct de vedere medical.

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

Nume, Prenume:.....

[Name / Surname]

Specialitate medicală:.....

[Medical specialty]

Adresă:.....

[Address]

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

E-mail.....

Semnătura și parafa:..... Data:.....

[Signature of Medical Practitioner] [Date]

V. Solicitări retroactive [Retroactive applications]

<p>Aceasta este o solicitare retroactivă? / [Is this a retroactive application?]</p> <p>Da <input type="checkbox"/> [Yes]</p> <p>Nu <input type="checkbox"/> [No]</p> <p>Dacă da, indicați data începerii tratamentului / [If Yes, please specify the date of the beginning of the treatment]</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Vă rugăm să indicați motivul: [Please, indicate the reason]</p> <p>A fost necesar tratamentul de urgență sau tratamentul unei afecțiuni medicale acute / [Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary] <input type="checkbox"/></p> <p>Datorită altor circumstanțe excepționale, nu a fost suficient timp sau posibilitatea de a se depune o solicitare înainte de prelevarea probei./ [Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection] <input type="checkbox"/></p> <p>Aplicarea prealabilă nu este necesară potrivit regulilor aplicabile / [Advance application not required under applicable rules] <input type="checkbox"/></p> <p>Altele / [Other] <input type="checkbox"/></p> <p>Vă rugăm să explicați / [Please explain]:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

VI. Solicități anterioare [Previous applications]

<p>Ați mai solicitat anterior o scutire pentru uz terapeutic? [Have you submitted any previous TUE application?]</p> <p>NU <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DE CĂTE ORI?</p> <p>[NO] [YES] [how many times?]</p> <p>Cărei organizații anti-doping ați mai solicitat o SUT? [To which organisation you have requested a TUE?]</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p>					
Pentru ce substanțe? [For which substance?]	DATA [Date]	URGENȚĂ [Emergency]		DECIZIA [Decision]	
		NU [NO]	DA [YES]	APROBAT [Approved]	RESPINS [Not approved]
1.					
2.					

VII. Declarația Sportivului [Athlete declaration]

Subsemnatul / [I], confirm că informațiile prevăzute la punctul 1, 5 și 6 sunt corecte. Autorizez transmiterea informațiilor medicale la personalul autorizat al Agenției Naționale Anti-Doping, precum și al AMAD, la CSUT (Comitetul pentru Scutiri pentru Uz Terapeutic) al AMAD și CSUT al altor OAD și alt personal autorizat, care are dreptul la aceste informații conform Codului Mondial Anti-Doping („Codul”) și/sau a Standardului Internațional privind scutirile pentru uz terapeutic. / [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.]

Sunt de acord ca medicul (medicii) mei să furnizeze orice informații despre starea mea de sănătate persoanelor menționate mai sus pe care acestea le consideră necesare pentru a examina și a analiza cererea mea. / [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.]

Înțeleg că informațiile mele vor fi folosite doar pentru evaluarea solicitării mele SUT și în contextul investigațiilor privind o posibilă încălcare a reglementărilor anti-doping și procedurilor. Înțeleg că dacă doresc vreodată să (1) obțin mai multe informații despre cum sunt folosite informațiile privind starea mea de sănătate; (2) exercit dreptul meu de acces și modificare sau (3) revoc dreptul acestor organizații de a obține informații despre starea mea de sănătate, trebuie să-mi înștiințez medicul și OAD în scris despre acest fapt. Înțeleg și sunt de acord că este posibil ca informațiile legate de SUT trimise înainte de a-mi revoca consimțământul să fie păstrate cu unicul scop de a dovedi o posibilă încălcare a reglementărilor anti-doping, când acest lucru este cerut conform Codului. / [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.]

Sunt de acord ca decizia acestei cereri să fie pusă la dispoziție tuturor OAD, sau altor organizații, cu autoritate de testare și/sau cu autoritate a managementului rezultatelor asupra mea.

[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.]

Înțeleg și accept că destinatarii informațiilor mele și ai deciziei cu privire la această cerere pot fi situați în afara țării în care locuiesc eu. În unele din aceste țări legile privind protecția datelor cu caracter personal pot diferi față de cele din țara în care locuiesc eu. / [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.]

Înțeleg și cred că dacă informațiile mele cu caracter personal nu sunt folosite în conformitate cu acest consimțământ și cu Standardul Internațional privind protecția datelor cu caracter personal, pot înainta o plângere la AMAD și CAS. / [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.]

Semnătura sportivului:..... Data:.....
[Athlete's signature] [Date]

Semnătura părintelui/ tutorelui..... Data:.....
[Parent's/Guardian's signature] [Date]

(Dacă sportivul este minor sau are o afecțiune care îl/o împiedică să semneze acest formular, un părinte sau tutore va semna în numele sportivului.) / [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.]

VĂ RUGĂM SĂ TRIMITEȚI FORMULARUL COMPLETAT CORECT CĂTRE AGENȚIE ȘI SĂ PĂSTRAȚI O COPIE PENTRU DOSARUL PROPRIU! / [Please, submit the completed form to the NADA and keep a copy for your records!]