



Αριθμός Αίτησης:
Συμπληρώνεται από το Ε.Σ.ΚΑ.Ν
(Application Number:)
(To be completed by HNCCD)

Συνοπτική Διαδικασία
Κατ' Εξαίρεση Χρήση Απαγορευμένης/ων Ουσίας/ών
για Θεραπευτικούς Σκοπούς - σΕΧΘΣ
(ABBREVIATED THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS - ATUE)

β-2 αγωνιστές δι' εισπνοής <input type="checkbox"/> (beta-2 agonists by inhalation)	Γλυκοκορτικοστεροειδή από μη <input type="checkbox"/> συστηματικές οδούς* (Glucocorticosteroids by non-systemic routes)
---	---

* Όλες οι οδοί εκτός από του στόματος, του ορθού, ενδοφλέβιας, ενδομυϊκής.
Δεν απαιτείται ΕΧΘΣ για γλυκοκορτικοστεροειδή για δερματολογική χρήση
(*All routes other than orally, rectally, intravenously and intramuscularly.
Dermatological glucocorticosteroids do not require any TUE.)

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα πεδία με κεφαλαία ή έντυπα (Please complete all sections in capital letters or typing)

1. Στοιχεία Αθλητή/τριας (Athlete information)

Επώνυμο (Surname):.....	Όνομα (Given Names):.....
Πατρώνυμο (Father's Name):.....	
Άρρεν (Male): <input type="checkbox"/> Θήλυ (Female): <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία Γέννησης (H/M/E) (Date of birth (D/M/Y)):
Διεύθυνση (Address):.....	
Πόλη (City):.....	Χώρα (Country):..... Τ.Κ. (Postal Code):.....
Τηλ. Εργασίας (Tel Work):.....	Τηλ. Οικίας (Tel Home):.....
Κινητό (Mobile):.....	
E-mail:.....	Φαξ (Fax):.....
Άθλημα (Sport):.....	Αγώνισμα/Θέση (Discipline/Position):.....
Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία (National Sport Organization):.....	

2. Ιατρικές πληροφορίες (Medical Information)

Διάγνωση (Diagnosis):
.....
.....

Απαγορευμένη/ες Ουσία/ες Κοινόχρηστο όνομα (Prohibited Substance(s)) (Generic Name)	Δόση (Dose)	Οδός χορήγησης (Route)	Συχνότητα χορήγησης (Frequency)
1.			
2.			
3.			
Προβλεπόμενη διάρκεια αγωγής (Intended duration of treatment)		Εφ'άπαξ (Once) <input type="checkbox"/>	Επείγουσα (Emergency) <input type="checkbox"/>
ή Διάρκεια (or Duration):			

3. Δήλωση ιατρού και αθλητή/τριας (Medical practitioner's and athlete's declaration)

Ο/Η υπογράφων/ουσα ιατρός πιστοποιώ ότι η ως άνω αγωγή είναι ιατρικώς ενδεδειγμένη και ότι η χρήση εναλλακτικών φαρμάκων μη περιεχομένων στον Κατάλογο Απαγορευμένων του WADA και της Κοινής Υπουργικής Απόφασης της παρ.2 του άρθρου 128 Γ του ν. 2725/1999 όπως ισχύει, δεν θα είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα για την ως άνω παθολογική κατάσταση.
(I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition)

Όνοματεπώνυμο (Name):

Ειδικότητα (Speciality):

Διεύθυνση (Address):

Τηλ. (Tel.): **Fax:**

E-mail:

Υπογραφή θεράποντος ιατρού:..... **Ημερομηνία:**

(Signature of Medical Practitioner) (Date)

Ο/Η υπογράφων/ουσα αθλητής/τρια πιστοποιώ ότι τα στοιχεία που περιέχονται στο πεδίο 1 του παρόντος είναι ακριβή και ότι αιτούμαι έγκριση για να κάνω χρήση ουσίας περιλαμβανόμενης στον Κατάλογο Απαγορευμένων του WADA και της Κοινής Υπουργικής Απόφασης της παρ.2 του άρθρου 128 Γ του ν. 2725/1999 όπως ισχύει. Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να λαμβάνουν γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων το Ε.Σ.ΚΑ.Ν., καθώς και το προσωπικό του WADA, η Επιτροπή ΕΧΘΣ του WADA, και άλλοι Οργανισμοί Αντι-Ντόπινγκ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στον Παγκόσμιο Κώδικα Αντι-Ντόπινγκ. Αναγνωρίζω ότι, σε περίπτωση που αποφασίσω να ανακαλέσω την ως άνω δοθείσα συναίνεσή μου, για να λάβουν γνώση οι ως άνω φορείς των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων για λογαριασμό μου, υποχρεούμαι να γνωστοποιήσω εγγράφως την απόφασή μου αυτή στο θεράποντα ιατρό μου και το Ε.Σ.ΚΑ.Ν.

(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 HNCCD as well as to WADA staff, to the WADA TUEC and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and HNCCD in writing of that fact.)

Υπογραφή αθλητή/τριας: **Ημερομηνία:**

(Athlete's signature) (Date)

(Εάν ο αθλητής είναι ανήλικος ή δεν δύναται λόγω πάθησης να υπογράψει αυτό το έντυπο, ο γονέας ή ο έχων τη γονική μέριμνα θα συνυπογράψουν με τον αθλητή ή για λογαριασμό του αθλητή).
(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)

Υπογραφή Γονέα/Έχοντος τη γονική μέριμνα: **Ημερομηνία:**

(Parent's/Guardian's signature) (Date)

Ατελώς συμπληρωμένες αιτήσεις επιστρέφονται και πρέπει να επανυποβληθούν
(Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted)

Παρακαλείστε όπως υποβάλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στο Ε.Σ.ΚΑ.Ν. και κρατήσετε ένα αντίγραφο για το αρχείο σας
(Please submit the completed form to HNCCD and keep a copy for your records)