

Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” (TTN)/ Demande d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques” (AUT) / Therapeutic use exemptions (TUE)



Departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media

Medisch Verantwoord Sporten
Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL

Tel: 02-553 34 83 Fax: 02-553 36 50
E-mail: ttn@vlaanderen.be

Gelieve alle rubrieken in te vullen IN DRUKLETTERS.

Veuillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.

Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS OR TYPING.

Gegevens van de sporter / Renseignements sur le sportif / Athlete information

voornaam en naam/prénom et nom/first and last name

adres/adresse/address

postnummer en gemeente/code postal
et commune/postal code and city

telefoonnummer/numéro de téléphone/phone number

man/homme/male vrouw/femme/female

geboortedatum (dd/mm/jjjj)/date de naissance (jj/mm/aaaa)/birthday (dd/mm/yyyy)

--	--	--	--	--	--	--	--

e-mailadres/courriel/e-mail

sport

sportdiscipline/discipline

internationale of nationale sportorganisatie/organisation sportive
internationale ou nationale/international or national sport organization

Ik behoor tot de geregistreerde doelgroep voor dopingcontrole van een internationale federatie.

Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles d'une fédération internationale.

I am part of an International Federation Registered Testing Pool.

Ik behoor tot de doelgroep voor dopingcontrole van een nationale antidopingorganisatie.

Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles d'une organisation nationale antidopage.

I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool.

Ik neem deel aan een evenement van een internationale federatie waarvoor de toestemming van een TTN volgens de regels van de internationale federatie vereist is (zie hiervoor de lijst van evenementen die door uw internationale federatie werd opgesteld).

Je participe à une manifestation d'une fédération internationale pour laquelle une AUT est requise conformément aux règles de la fédération internationale (veuillez vous référer à votre fédération internationale pour la liste des manifestations désignées).

I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required (refer to your International Federation for the list of designated events).

naam van de wedstrijd/nom de la
compétition/name of the competition

Geen van bovenstaande/aucune de ces options/none of the above

Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te vermelden/Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser lequel/If athlete with disability, indicate disability

Medische informatie / Renseignements médicaux / Medical information

Diagnose/diagnostic/diagnosis

Het bewijs dat de diagnose bevestigt, moet aan deze aanvraag gehecht worden en er samen mee opgestuurd worden. Het medische bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis bevatten en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingsonderzoeken. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe zodat het bewijs zo objectief mogelijk is in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag.

Le justificatif confirmant le diagnostic doit être joint à la présente demande et doit être envoyé simultanément. Le justificatif doit contenir un historique médical détaillé ainsi que les résultats de tous les examens médicaux pertinents, analyses de laboratoire et examens d'imagerie médicale. Vous joindrez, dans la mesure du possible, les copies des rapports ou courriers originaux de sorte que la preuve soit la plus objective possible dans des conditions cliniques. En cas d'affections non démontrables, vous joindrez à cette demande un second avis médical indépendant.

Evidence confirming the diagnosis must 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.

Als ook toegelaten geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de aandoening te behandelen, geeft u een klinische verantwoording voor het gebruik van de verboden geneesmiddelen.

Si des médicaments autorisés peuvent également être utilisés pour traiter l'affection, veuillez fournir un justificatif clinique à l'utilisation de médicaments interdits.

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

Gegevens over het geneesmiddelengebruik / Médicament(s) concerné(s) / Medication details

Verboden substantie(s) (generische benaming) Substance(s) interdite(s) (nom générique) Prohibited substance(s) (generic name)	Dosis Posologie Dose	Toedieningswijze Voie d'administration Route	Frequentie Fréquence d'administration Frequency
1.			
2.			
3.			

Geplande duur van de behandeling/durée prévue du traitement/intended duration of treatment:

- eenmalig gebruik/une seule dose/once only
- noodgeval/urgence/emergency

gedurende (week/maand)/durée (semaine/mois)/duration (week/month)

Hebt u al eerder een aanvraag "toestemming wegens therapeutische noodzaak" ingediend? ja neen

Avez-vous déjà demandé une "autorisation d'usage à des fins thérapeutiques"? oui non

Have you submitted any previous "therapeutic use exemption" application? yes no

voor welke substantie?/pour quelle substance?/for which substance?

bij welke antidopinginstantie?/auprès de quelle organisation antidopage?/to which anti-doping organisation?

wanneer?/quand?/when?

beslissing?/décision?/decision? goedgekeurd/acceptée/approved

niet-goedgekeurd/refusée/not approved

Verklaring van de behandelende arts / Déclaration du médecin / Medical practitioner's declaration

Ik verklaar dat de voormelde behandeling medisch noodzakelijk is, en dat het gebruik van alternatieve geneesmiddelen die niet op de verboden lijst staan, ontoereikend zou zijn voor deze aandoening.

naam en specialisme

adres, postnr. en gemeente

telefoonnummer

faxnummer

e-mailadres

handtekening van de behandelende arts

datum

dag

maand

jaar

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

nom et spécialité médicale

adresse, code postal et commune

numéro de téléphone

télécopieur

courriel

signature du médecin

date

jour

mois

année

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

name and medical specialty

address, postal code and
city

phone number

fax

e-mail

signature of medical practitioner

date

day

month

year

Verklaring van de sporter / Déclaration du sportif / Athlete's declaration

Ik, _____ verklaar dat mijn gegevens correct zijn en dat ik de goedkeuring vraag om een stof of methode te gebruiken die op de verboden lijst van het WADA staat. Ik verleen mijn toestemming voor het verstrekken van persoonlijke medische informatie aan de antidopingorganisatie (ADO) evenals aan het gemachtigd personeel van het WADA, aan het CTTN (Comité voor toestemmingen wegens therapeutische noodzaak) van het WADA en aan de andere CTTN's van de antidopingorganisatie evenals aan het gemachtigd personeel dat het recht heeft om deze informatie in te kijken conform de bepalingen van de code.

Ik begrijp dat mijn informatie slechts zal worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures met betrekking tot mogelijke overtredingen van de antidopingregels. Ik weet dat indien ik wens (1) om meer informatie te verkrijgen over het gebruik van mijn informatie; (2) om mijn recht op toegang en verbetering uit te oefenen, of (3) om het recht van deze organisaties om mijn gezondheidsinformatie in te zien, te herroepen, ik mijn huisarts en mijn ADO hiervan schriftelijk op de hoogte moet brengen. Ik weet en stem ermee in dat het nodig kan zijn dat TTN-gerelateerde informatie die ik vóór mijn herroeping van deze toestemming heb overgemaakt, wordt bijgehouden met als enig doel het vaststellen van een mogelijke overtreding van de antidopingwetgeving, wanneer dit door de Code wordt vereist.

Ik weet dat, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, ik klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

handtekening van de sporter

datum

dag

maand

jaar

Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de atleet.

handtekening van de ouder/wettelijke

datum

dag

maand

jaar

vertegenwoordiger

aantal bijlagen

Je soussigné, _____ certifie que mes données sont exactes et que je

demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode de la liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation des informations médicales personnelles au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) et à d'autres CAUT d'OAD et personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces informations en vertu des dispositions du Code.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et mon OAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code. Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du standard international pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

signature du sportif

date jour mois année

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

signature d'un des parents ou du tuteur légal

date jour mois année

nombre d'annexes _____

I, _____ certify that the athlete information 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 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 provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my 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 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.

athlete's signature

date day month year

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.

parent's/guardian's signature

date day month year

number of attachments _____

Uw persoonsgegevens worden verwerkt conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Vos données personnelles seront traitées conformément à la loi du 8 décembre 1992 de protection de la vie privée relatif au traitement de données à caractère personnel.

Your personal data are processed in accordance with the law of December 8, 1992 for the protection of privacy with respect to the processing of personal data.

Gelieve het ingevulde formulier over te maken aan de commissie van onafhankelijke artsen (faxnr: 02-553 36 50, adres: Vlaamse overheid, team MVS, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) en zelf een kopie te bewaren.

Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à la commission des médecins indépendants (n° de fax: 02-553 36 50, adresse: Vlaamse overheid, team MVS, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) et en conserver personnellement une copie.

Please submit the completed form to the commission of independent medical practitioners (fax: 02-553 36 50, address: Vlaamse overheid, team MVS, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) and keep a copy for your records.