



치료목적사용면책(TUE) 신청서

모든 항목은 대문자(영어로 작성 시) 또는 컴퓨터(또는 정자체)로 작성하십시오. 선수는 1, 5, 6, 7번, 주치의는 2, 3, 4번 항목을 기입하시기 바랍니다. 글씨체를 알아볼 수 없거나 미완성된 신청서는 반려되며, 판독 가능한 완성된 양식으로 다시 제출해야 합니다. 완성된 신청서는 한국도핑방지위원회에 **우편, 이메일 또는 팩스**를 통해 제출하시기 바랍니다.

[제출처] 주소: 서울특별시 강동구 강동대로 199, 다성빌딩 301호(성내동 448-8)

전화: 02)2045-9834, 팩스: 02)2045-9888, 이메일: tue@kada-ad.or.kr

주의사항 (Note)	진단(Diagnosis) 신청서와 함께 진단 증빙자료(진단서, 처방전, 소견서 등)를 반드시 첨부하여 제출하여야 한다. 진단 증빙자료에는 포괄적인 병력 및 그와 관련된 모든 검사 보고서, 검사실 조사 및 영상검사 결과가 포함되어야 한다. 가능한 경우, 보고서 또는 문서 원본에 대한 사본을 첨부하여야 한다. 증빙자료는 임상의학적 관점에서 극히 객관적이어야 하며, 만약 정확한 설명이 불가능한 경우, 다른 독립된 의료진의 소견을 포함시킬 수 있다. <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>
----------------------------------	--

1. 선수 인적사항 Athlete Information(국문·영문명 모두 여권과 일치하도록 기재)

성: _____	이름: _____
Surname	Given Name
생년월일(년/월/일): <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	성별: 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/>
Date of Birth(y/m/d)	sex Male Female
주소: _____	
Address	
_____ 우편번호: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Postcode	
전화번호(국가번호 포함): _____	
Tel.(with International Code)	
이메일: _____	
E-mail	
종목: _____	세부종목/포지션: _____ / _____
Sport	Discipline/Position
소속 구단 또는 소속 프로단체 : _____	
Team or Professional Sports Organization	
출전예정대회(대회명): _____	날짜: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Planned Competition(Name)	Date

2. 의료 정보 **Medical Information**(필요 시 다른 용지에 이어 작성하시오.)

진단: _____
Diagnosis
 만약 사용 허가된 의약품으로도 치료가 가능한 경우, 해당 금지약물을 처방하려는 임상학적 정당성을 설명하시오.
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

3. 세부 진료내용 **Medication Details**

금지약물: 약물속명 <i>Prohibited Substance(s): Generic name</i>	1회 사용량 <i>Dose</i>	사용/투여 방법 <i>Route of Administration</i>	사용/투여 빈도 <i>Frequency</i>	예상 치료기간 <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				
4.				

4. 담당 의사 확인 **Medical Practitioner's Declaration**

본인은 상기 2, 3번 항목에 기입한 정보가 사실이며, 위에서 언급한 치료가 의학적으로 적절하다는 것을 증명한다. *I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.*

성명 Name : _____ 전공분야 Medical Specialty : _____

주소 Address : _____

전화 Tel. : _____ 팩스 Fax : _____ 이메일 E-mail : _____

의사 서명: _____ 날짜: _____
 Signature of Medical Practitioner Date

5. 이전 신청여부 **Previous Application**

본인은 과거에 TUE를 신청한 적이 있다. 예 아니오
Have you submitted any previous TUE application(s)? Yes No

당시 신청약물 또는 투여방법 *For which substance or method?:*

TUE 신청서 제출기관 *To whom?:* _____ TUE 신청일 *When?:* _____

판결 결과 *Decision:* 승인 *Approved* 불승인 *Not approved*

6. 소급 신청여부 Retroactive Applications

<p>본인에 해당되는 신청 종류에 “V” 표시하십시오. <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p>소급 TUE <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>사전 TUE <input type="checkbox"/> No</p> <p>소급 TUE 신청인 경우, 치료 시작일을 명시하십시오. <i>If yes, on what date was treatment started?</i></p> <hr/> <p>(년/월/일 y/m/d)</p>	<p>해당 사유에 “V” 표시하십시오. <i>Please indicate reason:</i></p> <p><input type="checkbox"/> 응급치료 또는 급성의료조치가 필요했음 <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타 예외적인 상황으로 인해 신청서를 제출할 시간 또는 기회가 충분하지 않았음 <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타(아래에 기술하십시오) : <i>Other(Please explain)</i></p> <hr/> <hr/>
--	---

7. 선수 선서 Athlete's Declaration

본인, _____은(는) 1, 5, 6항목에 서술한 내용이 사실임을 확인한다. 본인은 본인의 의학정보가 「프로스포츠 도핑방지규정」(이하 “규정”) 및/또는 「치료목적사용면책 국제표준」에 따라 한국도핑방지위원회 및 한국도핑방지위원회 치료목적사용면책위원회의 권한 있는 담당자에게 제공되는 것을 허락한다.

본인은 본인의 주치의가 나의 정보를 위 언급된 기관 및 담당자에게 공개하여 본인의 TUE 신청 고려 및 결정에 사용하는 것을 동의한다.

본인은 본인의 정보가 치료목적사용면책 신청심사와 잠재적 도핑방지규정 위반에 대해 조사 및 절차의 맥락에서만 사용될 것임을 이해하고 있다.

본인은 본인의 개인정보가 이러한 동의사항과 「사생활 및 개인정보 보호 국제표준」에 따라 사용되지 않는다고 판단되는 경우, 한국도핑방지위원회 항소위원회에 항소할 수 있다.

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 Korea Anti-Doping Agency (KADA) as well as to the KADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) authorized staff that may have a right to this information under the Korea Pro-Sports (“KPSS”) Anti-Doping Rules 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 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 Korea Anti-Doping Appeal Panel.

선수 서명: _____ 날짜: _____
Athlete's signature Date

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____
Parent's/Guardian's signature Date

※ 선수가 미성년자이거나 장애로 인하여 서명이 불가능 할 경우, 부모 또는 보호자가 선수와 함께 또는 선수를 대신하여 서명할 수 있다. *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.*