

# ERIVAPAUSHAKEMUSLOMAKE

## Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form

Täytä lomakkeen kaikki kohdat suuraakkosin tai koneella. Urheilijan tulee täyttää kohdat 1, 5, 6 ja 7. Lääkärin tulee täyttää kohdat 2, 3 ja 4. Lukukelvottomat tai puutteelliset hakemukset palautetaan ja ne tulee toimittaa uudelleen lukukelpoisina ja täydennetyssä muodossa.

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. Urheilijan tiedot · Athlete information	
Sukunimi Surname	Etunimet Given names
Nainen Female	Mies Male
Syntymäaika Date of Birth (d/m/y)	
Katuosoite Address	
Postinumero ja -toimipaikka Postcode, City	Maa Country
Puhelin (myös kansainvälinen suuntanumero) Tel. (with International code)	
Sähköposti E-mail	
Laji Sport	Alalaji Discipline/Position
Kansallinen tai kansainvälinen lajiliitto / urheilujärjestö National or International Sport Organization	
Jos olet vammaisurheilija, ole hyvä ja tarkenna, mistä vammasta on kyse If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment	

2. Sairautta koskevat tiedot · Medical information
Diagnoosi Diagnosis
Jos sairautta tai tilaa voidaan hoitaa sallituilla lääkkeillä, ilmoita kliiniset perusteet hakemuksessa mainitun kielletyn lääkityksen käyttämiselle If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

**Ohje.** Liitä hakemukseen diagnoosin vahvistavat lääkärintodistukset. Liitteistä tulee käydä ilmi sairaushistoria ja kaikki mahdolliset asiaan liittyvät lääketieteelliset tutkimukset, laboratoriotulokset ja kuvat. Jos mahdollista, liitä mukaan kopiot alkuperäisistä selvityksistä tai kirjeistä. Todisteiden tulee olla niin objektiivisia kuin kliinisissä olosuhteissa on mahdollista. Jos todisteita ei ole, hakemukseen on diagnoosin tueksi liitettävä riippumattoman lääkärin lausunto.

Maailman antidopingtoimisto WADA ylläpitää ohjeita, jotka auttavat lääkäreitä täydellisten ja perusteellisten erivapaushakemusten valmistelussa. Nämä lääkäreiden erivapaushoito-ohjeet ovat saatavilla WADAn internetsivuilla osoitteessa [www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org), jossa hakukenttään syötetään sanat "Medical Information". Ohjeissa käsitellään yleisiä urheilijoilla esiintyviä sairauksia, joiden hoito edellyttää kiellettyjen aineiden käyttöä, ja niiden diagnooseja ja hoitoa.

**Comment.** 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.

World Anti-Doping Agency 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: [www.wada-ama.org](http://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.

3. Lääkitystä koskevat tiedot · Medication details				
Kielletty aine/kielletyt aineet: Vaikuttava aine <i>Prohibited substance(s): Generic name</i>	Annos <i>Dose</i>	Antotapa <i>Route of Administration</i>	Antotiheys <i>Frequency</i>	Hoidon kesto <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. Lääkärin allekirjoitus · Medical practitioner's declaration	
Vakuaan, että kohdissa 2 ja 3 annetut tiedot ovat todenmukaisia ja että edellä mainittu hoito on lääketieteellisesti asianmukaista. <i>I certify that the information at sections 2 and 3, is accurate and that the treatment mentioned above is medically appropriate.</i>	
Nimi <i>Name</i>	
Erikoistumisala <i>Medical speciality</i>	
Osoite <i>Address</i>	
Puhelin <i>Tel.</i>	Faksi <i>Fax</i>
Sähköposti <i>E-mail</i>	
Lääkärin allekirjoitus <i>Signature of Medical Practitioner</i>	Pvm <i>Date</i>

5. Takautuvat hakemukset · Retroactive applications			
Haetko erivapautta takautuvasti? <i>Is this a retroactive application?</i>	Kyllä <i>yes</i>	En <i>No</i>	Mikäli haet, ilmoita hoidon alkamispäivämäärä <i>If yes, on what date treatment was started?</i>
Valitse yksi <i>Please choose one</i>			
Lääkkeen tai menetelmän käyttö on ollut välttämätöntä akuutissa lääketieteellisessä hätätilanteessa <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i>			
Muiden poikkeuksellisten olosuhteiden seurauksena ei ole ollut riittävästi aikaa tai muuten mahdollisuutta jättää erivapauslakemusta ennen dopingtestiä <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i>			
En kuulu SUEKin lajikohtaisen tasomäärittelyn piiriin, eikä minulta siten ole vaadittu erivapauden hakemista etukäteen <i>I am not included in FINCIS's discipline-specific level determination and, therefore, I have not been obliged to apply for a TUE in advance</i>			
Kohtuullisuus (vaatii WADAn ja SUEKin hyväksynnän) <i>Fairness (Wada and FINCIS approval required)</i>			
Ole hyvä ja tarkenna <i>Please explain</i>			

6. Aiemmat hakemukset · Previous applications		
Oletko aiemmin hakenut jotain erivapautta miltään antidopingorganisaatiolta? <i>Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?</i>	Kyllä <i>Yes</i>	En <i>No</i>
Minkä aineen tai menetelmän käyttöä varten? <i>For which substance or method?</i>		
Keneltä erivapautta on haettu? <i>To whom?</i>		Milloin? <i>When?</i>
Päätös: <i>Decision:</i>	Hyväksytty <i>Approved</i>	Eväty <i>Not approved</i>

## 7. Urheilijan allekirjoitus · Athlete's declaration

Minä, \_\_\_\_\_, vakuutan, että kohdissa 1, 5 ja 6 annetut tiedot ovat paikkansapitävät. Annan luvan terveystietojeni luovuttamiseen Suomen urheilun eettinen keskus SUEK:in ja WADAn henkilökunnalle sekä WADAn erivapauskomitealle ja muille antidopingorganisaatioiden erivapauskomiteoille ja niiden henkilökunnalle, joilla saattaa olla oikeus tarkastella tietojani Maailman antidopingsäännösten ("säännöstö") ja/tai Kansainvälisen erivapausstandardin mukaisesti. Näitä henkilöitä sitoo ammatillinen tai sopimukseen perustuva salassapitovelvollisuus.

Suostun siihen, että lääkärini luovuttaa edellä mainituille henkilöille mitä tahansa terveystietojani, joiden katsotaan olevan tarpeen hakemustani käsiteltäessä ja siitä päätettäessä.

Ymmärrän, että tietojani käytetään vain erivapaushakemukseni käsittelyyn sekä mahdollisten dopingrikkomuksia koskevien tutkimusten ja menettelyjen yhteydessä. Ymmärrän, että jos haluan myöhemmin 1) saada lisätietoja terveystietojeni käytöstä, 2) käyttää oikeuksiani, kuten oikeuttani päästä tietoihin, oikaista niitä, rajoittaa tai vastustaa niiden käyttöä tai poistaa ne, tai 3) perua luvan terveystietojeni luovuttamiseen näille tahoille, minun on ilmoitettava siitä kirjallisesti lääkärilleni ja antidopingorganisaatiolleni. Ymmärrän ja hyväksyn sen, että sellaisia erivapautta koskevia tietoja, jotka olen antanut ennen suostumukseni perumista, voi olla tarpeen säilyttää mahdollista dopingrikkomusta koskevia tutkimuksia ja menettelyjä varten säännösten, kansainvälisten standardien tai kansallisen antidopinglainsäädännön niin vaatiessa; tai minua, WADAA ja/tai antidopingorganisaatiota koskevan oikeudellisen vaateen perustelemiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi.

Suostun siihen, että tähän hakemukseen liittyvää päätöstä voivat tarkastella kaikki antidopingorganisaatiot tai muut organisaatiot, joiden testaus- ja/tai tulos-tenkäsittelytoimivallan alaisuuteen kuulun.

Ymmärrän ja hyväksyn, että hakemukseni tietoja ja päätöstä saatetaan tarkastella toisessa maassa kuin missä minä asun. Joidenkin näiden maiden tietosuojalaki tai laki yksityisyyden suojasta ei välttämättä ole samanlainen kuin omassa maassani. Ymmärrän, että tietojani voidaan tallentaa ADAMS-järjestelmään, jota ylläpidetään WADAn palvelimilla Kanadassa, ja säilytetään WADAn Kansainvälisessä tietosuojastandardissa ilmoitetun ajan.

Ymmärrän, että jos katson henkilötietojeni käsittelyn olevan vastoin tätä suostumusta ja Kansainvälistä tietosuojastandardia, voin valittaa asiasta WADALLE (privacy@wada-ama.org) tai omassa maassani tietosuojasta vastaavalle viranomaiselle.

Ymmärrän, että edellä mainitut tahot voivat perustaa päätöksensä niitä koskevaan kansalliseen antidopinglainsäädäntöön, joka menee suostumukseni edelle, tai muihin sovellettaviin lakeihin, jotka voivat edellyttää tietojen antamista paikalliselle tuomioistuimelle, poliisille tai muille viranomaisille. Voin saada lisätietoja kansallisesta antidopinglainsäädännöstä kansainväliseltä lajiilitoltani tai kansalliselta antidopingorganisaatiolta.

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 Finnish Center for Integrity in Sports FINCIS 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. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

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 any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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 purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

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 my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

Urheilijan allekirjoitus  
Athlete's signature

Pvm  
Date

Huoltajan allekirjoitus  
Parent's/Guardian's signature

Pvm  
Date

Jos urheilija on alle 15-vuotias tai ei vammansa vuoksi pysty allekirjoittamaan tätä lomaketta, hänen holhoojansa allekirjoittaa sen hänen puolestaan.  
If the Athlete is under 15 years of age or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.

SUEK luovuttaa erivapaushakemuslomakkeen tietoja ainoastaan urheilijalle itselleen tai hänen holhoojalleen sekä tarvittaessa kohdan 7 mukaisesti asianomaisille tahoille tai henkilöille.

FINCIS will disclose information on a TUE application form only to the athlete or his/her guardian and, as needed, to the relevant parties or persons according to section 7.

Lähetä täytetty hakemus SUEKille ja säilytä itselläsi siitä kopio.  
Please submit the completed form to the FINCIS and keep a copy for your records.



Suomen urheilun eettinen keskus SUEK ry  
Finnish Center for Integrity in Sports FINCIS

Valimotie 10, FI-00380 Helsinki  
erivapaus@suek.fi · www.suek.fi  
tel: +358 (0) 9 3481 2020 · fax: +358 (0) 9 148 5195