

TUE U SRBIJI

sa posebnim osvrtom na primenu glukokortikosteroida



Antidoping agencija Republike Srbije

Dr Marija Anđelković

Dr Nenad Dikić

Pregled TUE/ATUE kod nas

- U vremenskom periodu od 04.2007- 10.2008. godine Antidoping agencija Republike Srbije je registrovala 33 zahteva za odobrenje TUE/ATUE:
 - **30 ATUE**
 - **3 TUE**
- TUE odobrava/neodobrava TUE Odbor nacionalne ADO (npr. ADAS) ili internacionalne federacije kojoj sportista pripada
- O odobrenom TUE se obaveštavaju:
WADA, međunarodna i nacionalna sportska federacija



WF CARF ABOUT FOOTBALL

Union des associations européennes de football



Date: 18/02/2008
To: NADO of Serbia
Fax number: +381 11 305 2031
From: UEFA Anti-Doping Unit

Re: 18/02/2008 - Abbreviated therapeutic use exemption - Acknowledgement of receipt : Ivica DRAGUTINOVIC

Please find above mentioned document.

Best regards,

ATUE-Acknowledgement of receipt

Marc Vouillamoz

Hydroxychloroquine 200 mg

Anti-Doping Organisation: UEFA

TUE Nr.: 2008/59

NB: The player has to be advised that the UEFA TUE Committee may revise the TUE at any time and should this be the case he/she will be notified.

Player details

Surname: Dragutinovic

Given names: Ivica

Nationality: Serbia

Date of birth (day/month/year): 10/11/1977

Participating in: UEFA Champions League 2007/2008

Name of Club or National football association: Sevilla FC

Category

Prohibited substance: Betamethasone

Dose: 12 mg

Comments:

Duration of treatment

Start date: 17/02/2008

Expiry date: 17/02/2008

FIFA

Route of administration: Infiltration

Frequency of administration: Once only

NADO of Serbia

The dose, method and frequency of administration above mentioned must be followed meticulously!

Delivered by:

Name: Marc Vouillamoz

Phone number: +41 22 707 29 03

NADO of Spain

Copy to:
FIFA
NADO of Serbia
WADA
NADO of Spain
Football Association of Serbia

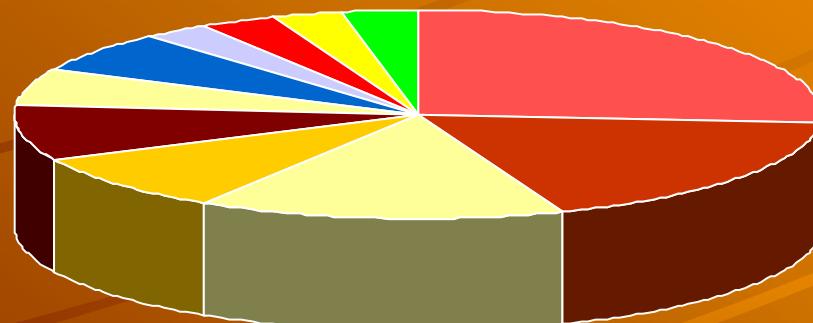
Football association of Serbia

ATTENTION

Please carry a copy of this form with you at all times.

This form should be presented to the doping control officer at the time of testing

Zastupljenost sportova u izuzecima za terapeutsku upotrebu kod nas



- atletika- 9
- košarka- 6
- fudbal- 5
- veslanje- 3
- streljaštvo- 2
- savate- 2
- dizanje tegova- 2
- džudo- 1
- američki fudbal.- 1
- odbojka-1
- triatlon- 1

Najčešće grupe bolesti za koje se zahteva TUE/ATUE

1. Bolesti skeletnomuskularnog sistema- 48%



2. Astma- 30%



Upotreba zabranjenih supstanci kao lekova u terapeutskim izuzećima

1. Glukokortikosteroidi- 63%



2. Beta-2-agonisti- 36%
(salbutamol – najčešći)



GLUKOKORTIKOSTEROIDI I TUE

- Lekovi za koje se najčešće traži TUE
- Glavna indikacija- bolesti skeletnomuskularnog sistema
- **DIPROFOS** je najčešći kortikosteroid- 1/3 svih TUE
Sastav: 1.betamethasone dipropionate 5mg/ml
2.betamethasone sodium phosphate 2mg/ml

DEPO PREPARAT SA PRISUSTVOM U ORGANIZMU OKO **3** NEDELJE- OBAZRIVO ZBOG DOPING KONTROLE!

- Većinom se daje periartikularno



TUE case report:

- Podnositac žalbe- **Jamie O'Hara**, fudbaler Tottenham-a
- Prvi na koga se žalba odnosi: **WADA**
- Drugi na koga se žalba odnosi: **UEFA**
- Pregled slučaja:
 - fudbaler se godinama leči od akni i urtikarije Roaccutin-om (retinoid acid) I Prednisolon-om za koji je imao TUE;
 - 29. decembra 2007- naglo pogoršanje u vidu anafilakse; u bolnici dobija i.v. Hidrokortizon i prepisuje mu se Prednisolon naredna 3 dana, oralnim putem.
- **UEFA TUEC** odbija da odobri retroaktivni TUE (razlozi: ne bi došlo do značajnog pogoršanja bolesti da nije dobio Prednisolon; nije bilo medicinskog razloga za dalju oralnu th; trebalo je misliti o alternativi- npr. antihistaminici)
- **WADA TUEC** takođe odbija da odobri retroaktivni TUE (Prednisolon nije bio deo hitne terapije; omogućio je fudbaleru da se brže vrati u igru).
- Podnosi žalbu **Court of Arbitration for Sport**

CAS-ova odluka u korist glukokortikosteroida

- Prednisolon je deo urgentne Th
- Služio je da spreči pojavu druge faze anafilakse koja je izuzetno opasna
- Igrač bi mogao da pretrpi zdravstveno pogoršanje da terapija nije primenjena
- Nije bilo adekvatne alternativne
- Odobrava se retroaktivni TUE!**
- Fudbaler je od UEFE dobio novčanu odštetu



Problemi vezani za TUE i glukokortikosteroide kod nas

- Mali broj zahteva za odobrenje TUE, iako primena lekova sa Liste zabranjenih supstanci nije retka
- Diskutabilna česta aplikacija kortikosteroida od strane klupskih lekara, ne vodeći računa o riziku za + nalaz na doping kontroli
- Kasno podnošenje zahteva za TUE, često par dana pre takmičenja, ili tek posle aplikacije kortikosteroida
- Da li je medicinski opravdana njihova česta primena imajući u vidu potencijalnu štetnost?
- Retko se misli o alternativnim metodama



Primer iz naše prakse

- 3 vrhunske košarkašice su nekoliko desetina dana pre internacionalnog takmičenja dobole kortikosteroide i.m. od strane svog lekara, iz nedovoljno opravdanih medicinskih razloga, koji ih je tako direktno doveo u rizik zbog moguće doping kontrole

	ANTIDOPING AGENCIJA REPUBLIKE SRBIJE	www.adas.org.yu info@adas.org.yu Попуните формулар штампаним словима и пошалјите на адресу Антидопинг Агенције Република Србија www.adas.org.yu info@adas.org.yu Please fill in the form using capital letter and send to address of Antidoping Agency of Serbia.
		

Изузеци за терапеутску употребу ТУЕ Therapeutic Use Exemptions TUE

Молимо Вас да исполните формулар већим словима или штампањем
Please complete all sections in capital letters or typing

1. Информације о спортисти Athlete Information

Презиме Surname:	Име Given Names:	
Женско Female	Мушки Male <input type="checkbox"/>	Датум рођења (д.м.г.) Date of Birth (d.m.y.)
Адреса: Address:	09.02.1981	
Град: Town:	Држава: Country:	Поштански фах: Postcode:
Телефон: Phone: (with international code)	e-mail: KONJAPICA - КРИЛО-ЦЕНТАР К С СРБИЈЕ	
Спорт (и позиција): Sport (and position):	Међународна или национална спортивска организација: International or National Sporting Organization:	
Ако спортиста има инвалидитет, навести који: If athlete has disability, indicate disability:		

2. Здравствене информације Medical information

Дијагноза са довољном медицинском информацијом (видети напомену 1):
Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):

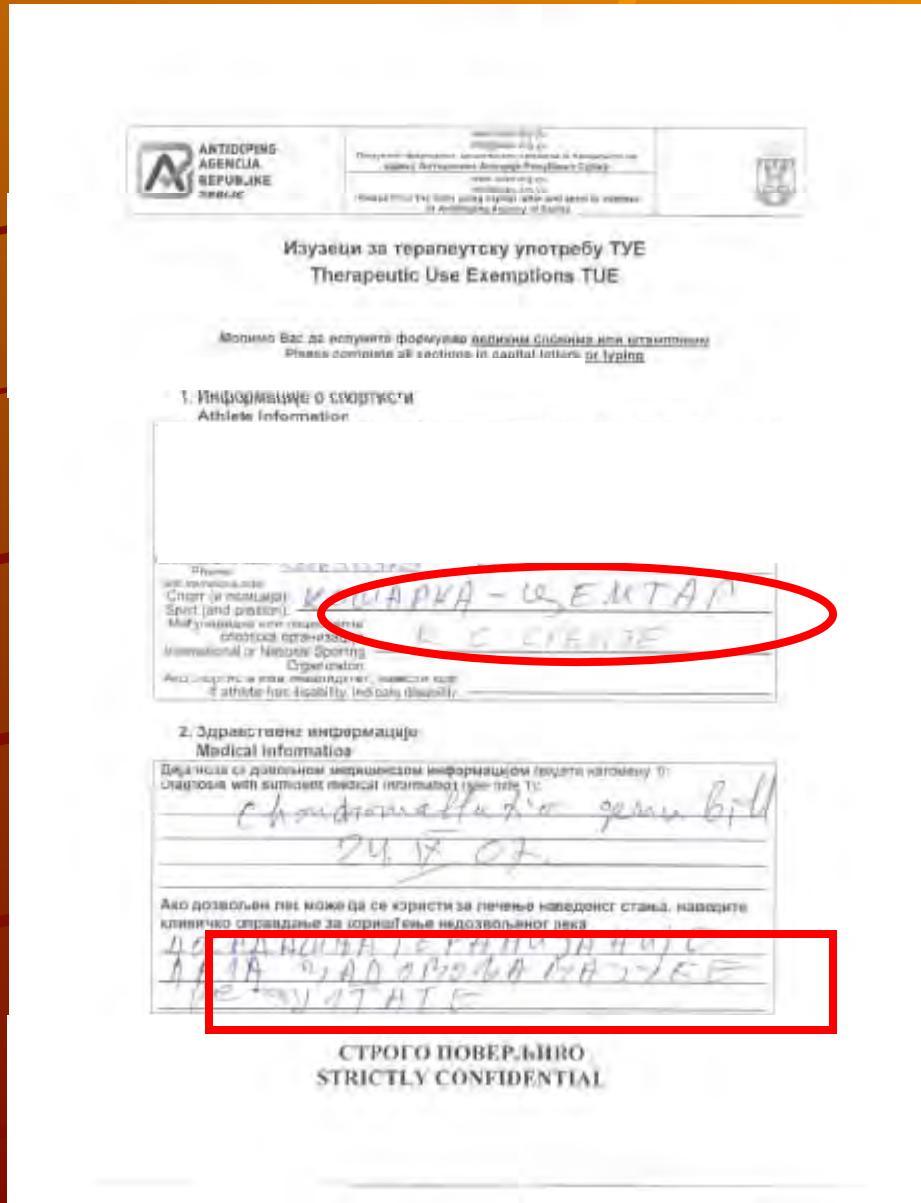
*Enterosorathjal, дечији Bill.
Синдром алергичне респирације Bill.
24.12.07.*

Ако дозвољен лек може да се користи за лечење наведеног стања, наведите клиничко оправданје за коришћење недозвољеног лека

*ДОТАДАСИ ЈЕ ГЕРА ПИЧЕНИСУ
ДАДЕ ЗА ОВОВА ВАЛУКЕ
РБЗИЛАТАЕ*

СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL

Problem sa jezikom



The image shows a scanned document titled "Изузети за терапевутску употребу ТУЕ" (Therapeutic Use Exemptions TUE). The form is in Serbian and English. A red circle highlights the name "Марка - СЕЛЕКТАН" (Marka - SELEKTAH) written in capital letters in the "Athlete Information" section. Another red box highlights the handwritten note "САДРАЖАНИЕ ДОЗАВАЛНО" (Content of dose) in the "Medical Information" section. The bottom of the form has a red box around the text "ЧУДАЧИЧА ЛЕКАРИЈАЧИЋ" (Miracle Doctor) and the word "РЕЗУЛТАТ" (Result). At the bottom right, it says "СТРОГО ПОВЕРЉИВО" (Strictly Confidential).

- Neophodno je da se koristiti jezik međunarodnog Koda!



3. Детаљи о леку
Medication details

Лекарски назив Прототип хемикала: Generic name:	Доза Dosage	Количина Volume	Начин уноса Route	Честота Frequency
Бетамефен Бета-метил- амфетамин	7mg	дат	1-МЛ	Д
2.				
3.				

Потврда дужине трајања
издавачем терапије (таблета)
Intended duration of treatment:
(tablets prescribed here):

дан	<input type="checkbox"/>	месец	<input type="checkbox"/>
у тројима (према дози)	<input type="checkbox"/>	или дози (了多少)	<input type="checkbox"/>

Изјава да се ова исповеди пријави за ТУЕ:
Насујено поднето је прејеве ТУЕ исповеди
За кога исповеди?
Извесније о алергијама?

4. Изјава лекара
Medical practitioner's declaration

STRICTLY CONFIDENTIAL

- Važno je uvek napisati
generički naziv leka i
tačan sastav leka,
kako bi se pravilno
ispunila doza date
aktivne supstance!

Pogrešno je sabirati
doze komponenti leka

Problem sa dozama

Забрањене материје: Општи назив Prohibited substance(s): Generic name	Доза Dosage	Количина Volume	Начин уноса Route	Учестаност Frequency
1. Betamethason	1	2ml	periartik.	1
2.				
3.				
Планирана дужина терапије: (обележити одговарајући квадрат) Intended duration of treatment: (please check appropriate box)	само једном <input checked="" type="checkbox"/> ургентна терапија <input type="checkbox"/> или у трајану (недеља/месец): or duration (week/month): _____			

3. Изјава лекара
Medical practitioner's declaration

Издајем уверење да је горепоменута терапија одговарајућа и да би коришћење алтернативног лека који није забрањен било неодговарајуће за дато здравствено стање.
I certify that the above treatment is appropriate and that the use of an alternative drug which is not prohibited would be inappropriate for the patient's condition.

И
На:
Мед

Адр
Add
Телеф
Ph
Е-р
Пт
Sign:

4. Изјава спортисте
Athlete's declaration

Ја, _____ тврдим да су информације у првом парagrafu тачне и захтевам одобрење да користим супстанцију или методу из WADA⁽¹⁾ листе забрањених супстанција. Сагласан сам са издавањем личних здравствених информација Антидопинг агенцији Републике Србије (АДАС) као и запосленима у WADA, WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) и другим Антидопинг агенцијама према одредбама Колекса. Разумесм да, чак и ако будем жељео да опозовем право ових организација да добију моје здравствене информације у мом интересу, морам писмено обавестити свог доктора и своју Антидопинг агенцију о тој чињеници.

1. _____ 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 the Anti Doping Agency of Serbia (ADAS) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) 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 ADAS in writing of that fact.

Потпис спортисте:
Athlete's signature: _____ Датум:
Потпис родитеља/старатеља:
Parent's/Guardian's signature: _____ Датум:
(ако је спортиста малолетан или има инвалидитет који га онемогућава да потпише овај формулар, родитељ или старатељ ће потписати уз присуство или у име спортисте)
(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)

Непотпуни пријаве ће бити вратене, а потом ће бити неопходно накнадно их послати.
Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted:
Молимо Вас да доставите комплетну пријаву АДАС-у и задржите за себе копију пријаве
Please submit the completed form to the ADAS and keep a copy for your records.

⁽¹⁾ World Anti-Doping Agency – Светска антидопинг агенција

СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL

- U formular treba uneti sve komponente leka
- Doza nije isto što i broj ampula ili injekcija!

Application No: _____
Abbreviated Process

International Weightlifting Federation (IWF)

3. Medical Information:

Diagnosis:	STYLODIPITIS ULNAE MANUS L. DEX ARTHRALGIA RADIOCARPALIS MANUS L. DEX
Medical Examination(s)/Test(s) Performed: COMPLETE ECHONOGRAPHIC AND RADIOGRAPHIC EXAMINATIONS.	
N.B. Any ATUE may be reviewed at any time by the International Weightlifting Federation TUEC and/or WADA	

4. Medication Details:

Prohibited Substance(s) Generic Name	Dose of Administration	Route of Administration	Frequency	Treatment Starts (dd/mm/yy)	Treatment finishes (dd/mm/yy)
BETAMETHASONE DIPROPIONAT	5MG/ML	PERIARTICULAR	ONCE	28.01.2008	28.01.2008
BETAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	2MG/ML	PERIARTICULAR	ONCE	28.01.2008	28.01.2008
Please tick appropriate box:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	emergency		

In case of Emergency Treatment or Treatment of an Acute Medical Condition or Exceptional Circumstances, please indicate all relevant information to explain the emergency or the insufficient time to submit the TUE application.

DUE TO THE COURSE OF CHRONIC PROBLEMS
AND FREQUENT WRIST PAINS (RIGHT JOINT)
DOCTOR APPLIED INFILTRATION OF GLUCOCORTICOIDS LOCALLY PERIARTICULARLY TO REDUCE
INFLAMMATION

Have you submitted any previous TUE application?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
For which substance? (write generic name)	BETAMETHASONE DIPROPIONAT	
To whom was it submitted?	IDTM	
When was it submitted?	27.08.2008	
Decision:	<input checked="" type="checkbox"/> Approved	

Strictly Confidential

Page 2 of 3

- Rukopis mora biti čitak, posebno ako se radi o urgentnoj terapiji i objašnjenju situacije koja je dovela do davanja zabranjenog leka.
- Bitno je opravdanje, uz indikaciju i dijagnozu.

Potpis sportiste i lekara

Application No: _____

Abbreviated Process
Therapeutic Use Exemptions
International Weightlifting Federation (IWF)

6. Medical Practitioner's declaration

I, _____ certify that the above-mentioned substance _____ on the prohibited list would be _____

treats _____
usatis _____

STYLOIDITIS ULNAR MANUS L DEX
(Please indicate medical condition)

Signature of Medical Practitioner: Olegijana Bobanac Date: 29.01.2008

7. Athlete's declaration

I, ILICA BOZOLJAC _____ certify that the information in _____

Section _____ ving Substance(s) or Method(s) from the WADA Prohib _____

BETA METHASONE PROSTAF _____

Please indicate the name of the substances (Generic Name)

I authorize the release of personal medical information to the IWF as well as to WADA staff, to the WADA TUEC and to other Anti-Doping Organization (ADO) under the provisions of the WADA 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 the IWF in writing of that fact.

I am aware that the IWF and International Doping Tests & Management ("IDTM"), will be processing and/or evaluating my proposed use of a substance or method prohibited by the current WADA International Standard in connection with this Therapeutic Use Exemption ("TUE") application. I understand that the IWF and IDTM are not providing medical advice to me in connection with this TUE application. I know that I must get medical advice from a qualified health professional before taking or stopping any medication or course of treatment for a condition that I may have. I also understand that no decision by the IWF and/or IDTM respecting my TUE application is in any way indicative whether I should or should not follow the medical advice which I have received or will receive respecting any condition that I may have.

Having read this waiver and knowing these facts, and in consideration of your reviewing and acting upon my TUE, I, for myself and anyone entitled to act on my behalf, do hereby release and discharge the IWF and IDTM and all employees, designees, agents or representatives of any of them, including those persons who actually consider and process my TUE application, from any claims or liabilities of any kind arising out of or connected in any way with this TUE application, even if such claims or liabilities may arise out of negligence or carelessness on the part of the persons or entities named in this waiver.

Athlete's signature: Ilka Bozoljac Date: 29.01.2008

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/Guardian's signature: _____ Date: _____

Please submit the COMPLETED form and keep a copy for your records. The form shall be sent to:
International Doping Tests & Management, IDTM
Telephone: +46 8 555 109 00 Fax: +46 8 555 109 25 Email: tueiwf@idtm.se

Strictly Confidential

Page 3 of 3

- Najvažnije je
da sportista
pročita tekst i
potpiše svoju
saglasnost



Nejasnoće u ispunjavanju formulara

Date: 2008-02-01 Time: 16:10 TO: 0000381113052031
Page: 001-002



To:
 Fax number:
 E-mail address:
Date:
From:
Fax number:

Mr. Dusan Vemic and Dr. Gligorije Babovic
+381 113 052 031
dulebox@yahoo.com
1 February 2008
IDIC (International Drug Information Centre)
+46-8-555 109 95

- Zamerka IDTM-a

Further to the ATUE received at the IDIC, we would like to confirm that it has been received. However the form is NOT complete. The following information shall be provided in order to proceed with your request. Please complete the following fields or the following documents:

Section 4. Medication details:

- Please specify Dose per intake, that is, how many ml was injected.

Section 5 and 6. Medical Practitioner's and Player's Declaration:

- Please sign the declaration. If you wish to use the excel form, please print them to be able to sign and then submit the application by fax for example.

If we do not receive the information requested within ten (10) working days, the case will be closed and you will be requested to send a new application.

Please note that the information submitted must be legible, therefore we kindly request you to type the information or complete it in capital letters.

It is important that the case number indicated in this form is included in your communication with the IDIC. Without your case number the IDIC can not guarantee a safe and swift handling of your case. If the case number is not included in your communication the handling of your case may be delayed.

Please note that the information submitted must be legible.

For further information about the procedure and how to apply for a TUE, please visit www.idtm.com or contact the IDIC.

Best regards

Забрањене материје: Општи назив: Prohibited substance(s): Generic name:	доза Dosage	Количина Volume	Начин уноса Route	Учестаност Frequency
1. Betamethasone dipropionate	5 mg/ml	2 ml	periarticularis	once
2. Betamethasone sodium phosphat	2 mg/ml	2 ml	periarticularis	once
3.				
Планирана дужина терапије: (обележити одговарајућу квадрату) Intended duration of treatment: (please check appropriate box)	само једном <input checked="" type="checkbox"/> once only		ургентна терапија emergency <input type="checkbox"/>	
			што у трајању (недеља/месец): or duration (week/month):	

3. Изјава лекара
Medical practitioner's declaration

Изјава
издана
I certify
world
Изјава
дан
Медицински
адресат
Addressee
Година
Year
Пријем
Planned
Е-пошта
Email
Потпис
Signature

Signature of medical practitioner:

Date:

4. Изјава спортисте
Athlete's declaration

Ja тврdim да су информације у првом параграфу точне и датим са задовољавајућим
да користим сумњиву винетку из WADATM листе забрањених супстанци. Сагласан сам са изјављењем других заинтересованих
информатора Антидопинг агенције Републике Србије (АДАС) као и запосленима у WADA, WADA TUEC (Therapeutic Use
Exemption Committee) и другим Антидопинг агенцијама према одредбама Кодекса. Разумевам да, чак и ако будем користио описане
правковите органијације за добијање овејаштвеној информацији у земљи интересујућим начином обавештавам свог доктора и свају
Аддипонент егзекуцију о твој чинењу.

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 the Anti
Doping Agency of Serbia (ADAS) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other
ADO and/or 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 ADAS in writing of that fact.

Потпис спортиста: Датум: _____
Athlete's signature: _____ Date: _____

Потпис родитеља/старатеља: Датум: _____
Parent's/Guardian's signature: _____ Date: _____

(ако је спортиста малиолетан или има инвалидитет који га о немогућава да потпише овај формулар, родитељ или старатељ ће
потписати уз присуство или у име спортиста)
(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)

Непotpуне пријаве ће бити враћене, а потом ће бити неопходно наизменично их послати.
Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted;
Молимо Вас да доставите комплетну пријаву АДАС-у и задржите за себе копију пријаве
Please submit the completed form to the ADAS and keep a copy for your records.

⁽¹⁾ World Anti-Doping Agency – Светска антидопинг агенција

**СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL**

- Међunarodni standardi i
IF налазу да се обрати
паžnja на пomenute
detalje. Time je pre
svega I sam sportista
siguran da ima validan
TUE.





ANTIDOPING
AGENCIJA
REPUBLIKE
SRBIJE

Primer nevalidnog TUE formulara

	www.adas.org.rs info@adas.org.rs Попуните формулар величним словима и пошаљите на адресу Антидопинг агенције Републике Србије www.adas.org.rs info@adas.org.rs Please fill in the form using capital letter and send to address of Anti-doping Agency of Serbia	
<p>Скраћени формулар изузетака за терапеутску употребу АТУЕ Abbreviated Therapeutic Use Exemptions ATUE</p> <p>Молимо Вас да исполните формулар величним словима или штампањем Please complete all sections in capital letters or typing</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> инхалаторни бета-2 агонисти <input type="checkbox"/> глукокортикоиди за не-системску примену * beta-2 agonists by inhalation glucocorticoids by non-systemic routes -</p> <p>* сви начини апликације осим оралне, ректалне, интравенске и интрамускуларне. Дерматолошки глукокортикоиди не захтевају ни један ТУЕ * All routes other than orally, rectally, intravenously and intramuscularly. Dermatological glucocorticoids do not require any TUE</p> <p>1. Информације о спортисти</p> <p>International or national sporting organization: Organization: Ако спортиста има инвалидитет, навести који: If athlete has disability, indicate disability:</p> <p>2. Здравствене информације Medical information</p> <p>Дијагноза: Diagnosis: Bronchitis chronica obstructiva</p> <p>N.B. Сваки АТУЕ може бити ревидиран било када од стране АДАС-а и/или WADA⁽¹⁾ N.B. Any ATUE may be reviewed at any time, by the ADO and/or WADA</p>		

СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL

Забрањене материје: <u>Општи назив</u> Prohibited substance(s): <u>Generic name</u>	Доза Dose Dosis	Количина Volume	Начин уноса Route	Учестаност Frequency
1. Salbutamol	0.1mg		inhalacion	по потреби
2.				
3.				
Планирана дужина терапије: (обележити одговарајући квадрат) Intended duration of treatment: (please check appropriate box)	само једном once only		ургентна терапија emergency	
				или у трајању (недеља/месец): or duration (week/month): od 2000 г.

3. Изјава лекара
Medical practitioner's declaration

Изјамју чврсто да је горепоменута терапија одговарајућа и да би коришћење когерентног лека који је забрањен било
I declare firmly that the above treatment is appropriate and that the use of the mentioned drug is consistent with
the禁用藥物的治療目的。

Потпис лекара овите праксе:
Signature of Medical Practitioner: _____

Датум: 12.04.2008.
Date: 12.04.2008.

4. Изјава спортисте
Athlete's declaration

Ја, Vladimir Đurić, тврдим да су информације у првом парagrafu тачне и захтевим одобрење да користим супстанцу или методу из WADA⁽¹⁾ Листе забрањених супстанци. Сагласан сам са издавањем личних захтевних информација Антидопинг агенцији Републике Србије (АДАС) као и запосленим у WADA, WADA TUEC (Therapeutic Use Exemptions Committee) и другим Антидопинг агенцијама према одредбама Кодекса. Ругам се да, час и ако будем жеље да оговарам право ових организација да добију моје здравствене информације у том интересу, морам писмено обавештити свог доктора и своју Антидопинг агенцију о тој чињеници.

I, Vladimir Đurić, 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 the Anti Doping Agency of Serbia (ADAS) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) 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 ADAS in writing of that fact.

Потпис спортисте:
Athlete's signature: _____

Датум: 12.04.2008.

Потпис родитеља/старатеља:
Parent's/Guardian's signature: _____

Датум: 12.04.2008.

(кој је спортиста малолетни или има инвалидитет који га онемогућава да потпише ову формулар, родитељ или старател ће потписати уз присуство или у име спортисте)
(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)

Непотпуни пријаве ће бити вратене, а потом ће бити неопходно најавити их послати.

Incomplete Applications will be returned and need to be resubmitted;

Молимо Вас да доставите комплетну пријаву АДАС-у и задржите за себе копију пријаве
Please submit the completed form to the ADAS and keep a copy for your records.

⁽¹⁾ World Anti-Doping Agency – Светска антидопинг агенција

СТРОГО ПОВЕРЉИВО
STRICTLY CONFIDENTIAL

TUE U 2009. godini

- * Sistemska primena glukokortikoida-
standardni TUE
- * Topički preparati glukokortikoida-
nisu zabranjeni
- * Ne-sistemska I inhalatorna primena glukokortikoida-
DECLARATION OF USE!
(kroz ADAMS se unosi Dg, supstanca I informacije o doktoru)
- * Inhalatori β-2-agonisti –standardni TUE



Umesto zaključka

- Sportski savezi Srbije moraju da se posvete ovom pitanju ozbiljnije
- Moraju da odrede doktora zaduženog za ovu oblast i da redovno i na vreme prijavljuju lekove koji su dati sportisti, a zahtevaju TUE
- Predlog da Ministarstvo za omladinu i sport uskrati finansije onim sportskim savezima koji nemaju timskog doktora kao odgovorno lica za TUE i ostale aspekte borbe za sprečavanje dopinga u sportu, ali i sprovođenje adekvatnog predtakmičarskog pregleda.

play true



igraj poštено