

# SCUTIRE PENTRU UZ TERAPEUTIC [THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS]

(SUT/ [TUE])

751-07-01 Rev. 4 ANAD



**Vă rugăm să completați toate secțiunile cu majuscule** sau cu litere de tipar  
[Please complete all sections in capital letters or typing]

## I. INFORMAȚII DESPRE SPORTIV [Athlete information]

**Nume :** ..... **Prenume :** .....  
[Surname] [Given Names]

**Femeie**  **Bărbat**  **Data nașterii (Z/L/A):** .....  
[Female] [Male] [Date of Birth (d/m/y)]

**Adresa [Address]:** .....

**Localitatea:** ..... **Țara:** ..... **Cod poștal:** .....  
[City] [Country] [Postcode]

**Tel.:** ..... **E-mail:** .....  
(cu cod internațional / [with international code])

**Disciplina sportivă:** ..... **Ramura sportivă** .....  
[Sport] [Discipline]

**Structura sportivă (clubul, asociația, etc.):** .....  
[Sport organization (club, association, etc.)]

**Vă rugăm să bifați căsuța corespunzătoare:**

- Fac parte din Lotul de Testare Înregistrat al Federației Internaționale**  
[I am part of an International Federation Registered Testing Pool]
- Fac parte din Lotul de Testare Înregistrat al Agenției Naționale Anti-Doping**  
[I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool]
- Particip la un eveniment sportiv al Federației Internaționale pentru care este necesară o SUT acordată conform regulilor Federației Internaționale<sup>1</sup> - Numele competiției**  
[I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required<sup>1</sup> - name of the competition\_\_\_\_\_]
- Nici unul din cazurile de mai sus**  
[None of the above]

În cazul sportivilor cu handicap, specificați natura handicapului / [If athlete with disability, indicate disability]: .....

<sup>1</sup> Apelați la Federația dvs. Internațională pentru lista evenimentelor sportive stabilite. / [Refer to your International Federation for the list of designated events].

II. **INFORMAȚII MEDICALE** [Medical information]

**Diagnostic clinic complet** [Diagnosis with sufficient medical information] (vezi nota 1 / [see note 1])

.....

.....

**Dacă se pot utiliza medicamente permise pentru a trata afecțiunea medicală, furnizați o justificare clinică pentru utilizarea medicamentelor interzise** / [If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication]: .....

.....

.....

III. **DETALII DESPRE MEDICAMENTE** [Medication details]

<b>A. Substanța interzisă</b> [Prohibited substance]		<b>Doză</b> [Dose]	<b>Mod de administrare</b> [Route]	<b>Frecvență</b> [Frequency]
<b>B. Denumirea comercială</b> [Generic name]				
1.	A. ..... B.			
2.	A. ..... B.			
3.	A. ..... B.			
<b>Durata anticipată a planului de tratament</b> / [Intended duration of treatment]: (Vă rugăm bifați căsuța corespunzătoare / [Please tick appropriate box])		o dată <input type="checkbox"/> urgentă <input type="checkbox"/> [once only] [emergency] sau de durată (săpt./lună): ..... [or duration (week/month)]		

**Ați mai solicitat o scutire pentru uz terapeutic?**

[Have you submitted any previous TUE application?]

**NU**  **DA**  **DE CĂTE ORI?** .....  
[NO] [YES] [how many times?]

**Cărei organizații anti-doping ați mai solicitat o SUT?**

[To which organisation you have requested a TUE?]

1.....  
2.....

<b>Pentru ce substanțe?</b> [For which substance?]	<b>DATA</b> [Date]	<b>URGENȚĂ</b> [Emergency]		<b>DECIZIA</b> [Decision]	
		<b>DA</b> [NO]	<b>NU</b> [YES]	<b>APROBAT</b> [Approved]	<b>RESPIINS</b> [Not approved]
1.					
2.					

**STRICT CONFIDENȚIAL** / [STRICTLY CONFIDENTIAL]

IV. **DECLARAȚIA MEDICULUI** *[Medical practitioner's declaration]*

**Certific faptul că tratamentul mai sus menționat este potrivit din punct de vedere medical și că utilizarea unei medicații alternative, care nu se regăsește în lista interzisă, nu ar fi satisfăcătoare pentru tratarea afecțiunii medicale a sportivului. / [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.]**

Nume:.....  
*[Name]*

Specialitate medicală:.....  
*[Medical specialty]*

Adresă:.....  
*[Address]*

Tel.:..... Fax:.....

E-mail:.....

Semnătura și parafa:..... Data:.....  
*[Signature of Medical Practitioner] [Date]*

V. **DECLARAȚIA SPORTIVULUI**

**Subsemnatul / [I], ....., certific faptul că informațiile de la punctul I. sunt exacte și că eu solicit aprobarea de a utiliza o substanță sau o metodă din Lista Interzisă. Autorizez transmiterea informațiilor medicale către personalul autorizat al ANAD, al AMAD și CSUT al AMAD (Comitetul de acordare a Scutirilor pentru Uz Terapeutic), precum și către CSUT al altor Organizații Anti-Doping, în conformitate cu prevederile Codului. / [I certify that the information under I. 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 staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code.]**

**Înțeleg că informațiile mele vor fi folosite doar pentru evaluarea solicitării mele de SUT și în contextul investigațiilor asupra unei posibile încălcări a reglementărilor anti-doping și procedurilor. Înțeleg că dacă doresc vreodată să (1) obțin mai multe informații despre cum sunt folosite informațiile mele; (2) exercit dreptul meu de acces și corectare sau (3) revoc dreptul acestor organizații de a obține informații despre starea mea de sănătate, trebuie să-mi înștiințez medicul și ANAD în scris despre acest fapt. Înțeleg și sunt de acord că este posibil ca informațiile legate de SUT trimise înainte de a-mi revoca consimțământul să fie păstrate cu unicul scop de a dovedi o posibilă încălcare a reglementărilor anti-doping, când acest lucru este cerut conform Codului. / [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.]**

**Înțeleg și cred că dacă informațiile mele personale nu sunt folosite în conformitate cu acest consimțământ și cu Standardul Internațional privind protecția datelor cu caracter personal, pot înainta o plângere la AMAD și CAS. / [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.]**

**Semnătura sportivului:..... Data:.....**  
*[Athlete's signature] [Date]*

**Semnătura părintelui/ tutorelui..... Data:.....**  
*[Parent's/Guardian's signature] [Date]*

**(Dacă sportivul este minor sau are un handicap care-l împiedică să semneze acest formular, un părinte sau tutore va semna împreună cu sportivul sau în numele acestuia.) / [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].**

**STRICT CONFIDENȚIAL / [STRICTLY CONFIDENTIAL]**

VI. **NOTĂ** [Note]

**Nota 1** [Note 1]:

**Dovezile medicale care confirmă diagnosticul trebuie atașate și trimise cu acest formular. Dovezile medicale trebuie să includă o fișă medicală detaliată și rezultatele tuturor examinărilor relevante clinice, de laborator și imagistice. Dacă este posibil, trebuie incluse copii ale foilor de observație sau ale rapoartelor medicale. Dovezile trebuie să fie cât mai obiective în prezentarea cazului clinic, iar dacă nu este posibil, formularul va fi însoțit de opinii medicale independente care să susțină aceasta solicitare.** / [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.]

 **VĂ RUGĂM SĂ TRIMITEȚI FORMULARUL COMPLETAT CORECT CĂTRE ANAD ȘI SĂ PĂSTRAȚI O COPIE PENTRU DOSARUL PROPRIU !**

*[Please submit the completed form to the NADA  
and keep a copy for your records!]*

 **FORMULARELE INCOMPLETE VOR FI RETURNATE ȘI VOR TREBUI RETRANSMISE!**

*[Incomplete Applications will be returned  
and will need to be resubmitted!]*