



NADA

NATIONALE ANTI DOPING AGENTUR

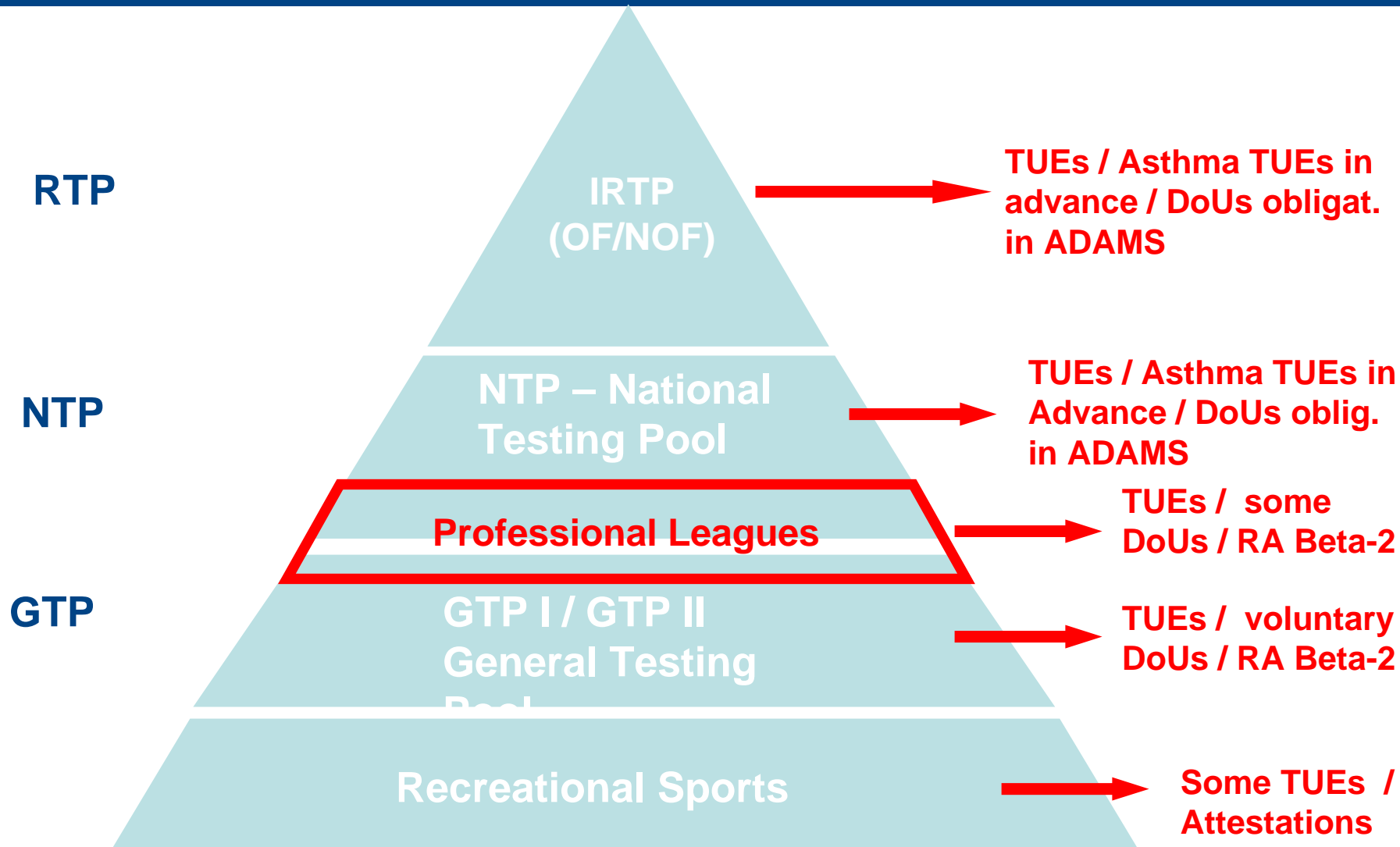
ANADO Workshop

Germany - Implementing the new ISTUE

Dublin, 18.4.2009

- **8.000 Athletes in our Testing Pools**
- **Two teams of four doctors each as TUEC**
- **Standard TUEs in 2008: 200**
- **Asthma ATUEs in 2008: 1,600**
- **ATUEs for non-systemic glucocorticosteroids in 2008: 2,500**

TUEs in Germany | A question of testing pools



- **We offer to check any Medical File in advance.**
→ Any approvals for reproterol or fenoterol in your NADO or IF?
- **Expiry Date after December 2009: Since 2007 most German ATUEs for Asthma have a valid bronchial (provocation) test**
→ Hand in a medical history & reports to maintain the approval?
- **„NADOs vs. IFs“** - What about non-testing pool or recreational athletes participating in international events?
→ The legal situation in France?
- **TUEs for ANY athlete or for ANY participant in a National Event?**
→ 4.000 athletes at the German Shooting Championships. Many older athletes taking diuretics, betablockers and the like

**Thank you very much
for your attention!**

NADA Germany | TUE Forms 2009



Antragsnummer / #
(will von NADA ausgefüllt / to be filled in by NADA)



Antrag auf Medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Substanzen

Therapeutic Use Exemption

TUE

Bitte alle Felder **vollständig & leserlich** ausfüllen!
Please complete all sections in capital letters or typing

1. Persönliche Angaben / Athlete Information

Nachname: _____ Vorname(n): _____
Surname: _____ Given Name(s): _____

Weiblich/Female Männlich/Male Geburtsdatum/Date of birth (t/m/jjjj): _____

Adresse: _____
Address: _____

PLZ: _____ Stadt: _____ Land: _____
Postcode: City: Country: _____

Tel. (beruflich/beruflich): _____ Tel. (privathome): _____

Mobile(s): _____ E-mail: _____

Sportart/Sport: _____ Disziplin/Discipline: _____

Sportfachverband/National Sport Organization: _____ Testpool: _____

Wenn Behindertengespörter, bitte Behinderung angeben:
(If athlete with disability, indicate disability): _____

2. Medizinische Information / Medical Information

Diagnose (inklusive ausführlicher medizinischer Information als Anlage) (siehe Fußnote 1):
Diagnosis with sufficient medical information (see note 1): _____

Seien Sie eine erlaubte Alternative zur Verfügung steht, geben Sie bitte Gründe an, warum aus medizinischer Sicht die verbotene Substanz angewandt werden muss:
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide strong justification for the requested use of the prohibited medication: _____

Diagnose als verschlüsselte Annotate müssen folgende Dokumente dem Antrag in Original oder in Kopie beigefügt sein: eine gültige ärztliche Stellungnahme des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin zum Krankheitsbild mit Vorgeschichte, Befunde (z.B. Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen, aktuelle Medikation, mögliche Behandlungspläne sowie eine Stellungnahme des behandelnden Arztes, warum keine andere Therapie eingesetzt werden kann. Diagnose und Therapie sollten nach wissenschaftlichen Kriterien stützen sein. Die NADA kann weitere Details beschreiben, die Anträge gehen zu Lasten des Antragstellers / Diagnostics. Evidence supporting 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. 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.



3. Angaben zu den relevanten Medikamenten / Medication details

Name und Wirkstoff des Medikaments Prohibited substance(s) (generic name)	Dosierung (z.B. 0,2 mg) Dose of administration	Verabreichung (z.B. oral, i.m., etc.) Route of administration	Häufigkeit der Verabreichung Frequency of administration
1. _____			
2. _____			
3. _____			

Voraussichtliche Behandlungsdauer
Intended duration of treatment: _____
Einmalig Nicht
once only emergency
oder dauerhaft (Wochen/Monate):
or dauerhaft (Wochen/Monate):
duration

Voraussichtlich nächster Wettkampf:
Date of next competition: _____ Datum: _____

Frühere / weitere laufende Anträge auf medizinische Ausnahmegenehmigung: ja nein
Have you submitted any previous TUE application?

Für welche Substanz(en)?
For which substance(s)? _____

Falls ja, an welche Organisation?
If yes, to which? _____ Wann? _____

Entscheidung: Genehmigt Nicht genehmigt
Decision

(Bitte Kopie der Bescheide über Anträge beifügen / Please attach previous approvals and / or TUE(s))

4. Erklärung des Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Wirkstoffmedikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist und dass der Einsatz von anderen Medikamenten keine ausreichende Wirkung hätte.
I certify that the above mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be insufficient for the condition.

Name: _____
Qualifikation/medizinische Fachrichtung:
(Medical specialty) _____
Adresse: _____
Adress: _____
Tel.: _____
Fax: _____
E-mail: _____

Unterschrift und Stempel des Arztes: _____ Datum: _____
Signature of Medical Practitioner Date

STRENG VERTRAULICH / STRICTLY CONFIDENTIAL

NADA Bonn, Housallee 38, 53113 Bonn, www.nada-bonn.de

5. Erklärung des Athleten / Athlete's declaration

Hiermit bestätige ich, _____
die medizinische Ausnahmegenehmigung für die Anwendung verbotener Substanzen oder Methoden der WADA, Verbotssubstanz und bestmögliche und Vollständigkeit der unter 1. gemachten Angaben, ich gestatte weiterhin die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei NADA, WADA, dem WADA TUEZ (Therapeutic Use Exemption Committee der WADA) und anderen Anti Doping Organisationen gemäß der Bestimmungen des WADA Code. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. In einem solchen Fall muss ich meinen behandelnden Arzt und die jeweilige Anti Doping Organisation schriftlich darüber informieren. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich bei einem Widerruf dieser Einwilligung weder eine medizinische Ausnahmegenehmigung noch eine Verlängerung einer bestehenden Ausnahmegenehmigung erhalten kann, da keine medizinische Ausnahmegenehmigung ohne Vorlage vollständiger medizinischer Dokumentation erteilt werden kann.

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 Organization (ADO) as well as to WADA and to the WADA TUEZ (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other 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 my ADO in writing of the fact. I also understand that if I withdraw my consent to the release of my personal medical information, I may not receive approval for a TUE or the renewal of an existing TUE, since no TUE can be granted or renewed without the disclosure of comprehensive medical data.

Unterschrift des Athleten: _____ Datum: _____
Athlete's signature Date

(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)
Unterschrift des Erziehungsberechtigten/Gesetzlichen Vertreters: _____ Datum: _____
Parent's/Guardian's signature (if the athlete is a minor or has a disability providing further to sign this form, a parent or guardian must sign together with or on behalf of the athlete)

Bitte übersenden Sie nur vollständige Anträge an die NADA oder Ihren Fachverband. Unvollständige Anträge werden zurück geschickt und müssen erneut eingereicht werden. Sie sollten eine Kopie des Antrages für Ihre Unterlagen behalten.

Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted. Please submit the completed form to the Anti doping Organization and keep a copy for your records.

STRENG VERTRAULICH / STRICTLY CONFIDENTIAL

NADA Bonn, Housallee 38, 53113 Bonn, www.nada-bonn.de

Nummer#
(wird von NADA ausgefüllt / to be filled in by NADA)

Erklärung zum Gebrauch
Declaration of Use

Glukokortikoide durch Inhalation
Glucocorticosteroids by inhalation

Nicht-systemisch verabreichte Glukokortikoide*
Glucocorticosteroids by non-systemic routes*

Bitte alle Felder **vollständig & leserlich** ausfüllen!
Please complete all sections in capital letters or typing

1. Persönliche Angaben / Athlete information

Nachname: Vorname(n):
Surname Given Names

Weiblich/Female Männlich/Male Geburtsdatum/Date of birth(tttmmjj):

Adresse:
Address

PLZ: Stadt: Land:
Postcode City Country

Tel. (dienstlich/work): Tel. (privat/home):

Mobil(e): E-mail:

Sportart/Sport: Disziplin/Discipline:

Sportfachverband/National Sport Organization: Testpool:

Wenn Behindertensportler, bitte Behinderung angeben:
(if athlete with disability, indicate disability)

2. Medizinische Information / Medical information

Diagnose / Diagnosis:

3. Angaben zu relevanten Medikamenten / Medication details

Name und Wirkstoff des Medikaments Prohibited substance(s) (GEO/CL/ABSE)	Dosierung [z.B. 0,2 mg] Dose of administration	Verabreichung [z.B. i.a., p.f., etc.] Route of administration	Häufigkeit der Verabreichung Frequency of administration
1.
2.
3.

* Nicht-systemische Anwendungen sind z.B. intraartikuläre, periarthikuläre, peritendinöse, epidurale und intradermale Injektionen. Die dermale, nasale, buccale ophthalmische, otologische oder gingivale Anwendung muss nicht angegeben werden. / Non-systemic routes include intraarticular, periarthicular, peritendinous, epidural and intradermal injections, Dermatological, nasal, buccal, ophthalmic, otological or gingival applications do not require a DoU or TUE.

STRENG VERTRAULICH / STRICTLY CONFIDENTIAL 1

NADA Bonn, Heussallee 38, 53113 Bonn, www.nada-bonn.de

Voraussichtliche Behandlungsdauer
Intended duration of treatment: Einmalig Notfall
once only emergency
oder dauerhaft (Woche/Monat):
duration

Voraussichtlich nächster Wettkampf:
Date of next competition: Datum:
date

4. Erklärung des Arztes / Medical practitioner's declaration

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Wirkstoffe / Medikamente für die Behandlung des beschriebenen Krankheitsbildes des genannten Athleten notwendig ist/sind und dass der Einsatz von anderen Medikamenten keine ausreichende Wirkung hätte.
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:
Qualifikation/medizinische Fachrichtung:
Medical specialty
Adresse:
Address
Tel:
Fax:
E-mail:
Unterschrift und Stempel des Arztes: Datum:
Signature of Medical Practitioner Date

5. Erklärung des Athleten / Athlete's declaration

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter 1. gemachten Angaben. Ich gestatte die Herausgabe meiner ärztlichen Unterlagen zur Vorlage bei NADA, WADA und anderen Anti Doping Organisationen gemäß der Bestimmungen des WADA Code. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber meinem behandelnden Arzt und der NADA widerrufen kann.
I, certify that the information under 1. is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to NADA and 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 my ADO in writing of that fact.

Unterschrift des Athleten: Datum:
Athlete's signature Date
(Bei Minderjährigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten)
Unterschrift des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters: Datum:

Parent's/Guardian's signature (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)

Bitte übersenden sie nur vollständige Formulare an die NADA oder Ihren Fachverband. Unvollständige Formulare werden zurück gesandt und müssen erneut eingereicht werden. Sie sollten eine Kopie des Formulars für Ihre Unterlagen behalten.
Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted. Please submit the completed form to the Anti Doping Organization and keep a copy for your records.

Die Anwendung von Glukokortikoiden muss bei einer Dopingkontrolle zusätzlich zur Übersendung der Erklärung zum Gebrauch an die NADA zwingend angegeben werden!
In addition, the athlete must declare the use of glucocorticosteroids on the doping control form!

STRENG VERTRAULICH / STRICTLY CONFIDENTIAL 2

NADA Bonn, Heussallee 38, 53113 Bonn, www.nada-bonn.de