

Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ) BAŞVURU FORMU
Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form

Tüm bölümleri **büyük harflerle ya da bilgisayarda yazarak** doldurunuz. **Sporcular** bölüm 1, 5, 6 ve 7'yi; **hekimler** bölüm 2, 3 ve 4'ü dolduracaklardır. Okunaksız ya da eksik başvurular iade edilecek olup başvurunun okunaklı ve eksiksiz olacak şekilde yeniden yapılması gerekecektir. *Please complete all section in capital letters or by typing. Athletes to complete sections 1, 5, 6 and 7; physicians 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. Sporcu Bilgileri / Athlete Information

Soyadı / Surname: _____ Adı / Given Names: _____

Kadın/Female Erkek/Male Doğum Tarihi (g/a/y) / Date of Birth (d/m/y) : _____

Adres / Address: _____

Şehir / City: _____ Ülke / Country: _____

Posta Kodu / Postcode: _____ Telefon / Tel: _____
(Uluslararası kod ile) / (with International code)

E-posta /E-mail: _____

Spor Dalı / Sport: _____ Branş- Konumu/Discipline- Position: _____

Uluslararası veya Ulusal Spor Kuruluşu / International or National Sport Organization:

Sporcu engelli ise engel durumunu belirtiniz / If you are an athlete with an impairment, indicate the impairment:

Sporcu Düzeyi / Athlete Level

Uluslararası Sporcu / International Athlete

Bir Uluslararası Federasyonun Kayıtlı Doping Kontrol Havuzunda bulunan veya diğer herhangi bir şekilde bağlı olduğu federasyonun Uluslararası Düzeyde Sporcu tanımına giren sporcular. / Athletes being included in International Federation's Registered Doping Control Pool or athletes who are under the definition of the federation in which they are affiliated in any way.

Ulusal Sporcu / National Athlete

TDMK'nın doping kontrol havuzlarında bulunan veya TDMK tarafından belirlenen spor dallarında TDMK tarafından belirlenen kategorilerdeki Ulusal Şampiyonlara katılan Sporcular. / Athletes being included in TADC's doping control pools or athletes participating in the National Championships in the categories of sport disciplines determined by TADC.

Diğer / Other

TDMK'nın Ulusal Düzeyde Sporcu tanımına girmeyen ancak TDMK'nın doping kontrol yetkisi kapsamında olan diğer tüm lisanslı sporcular. / All other licensed athletes who do not fall within the scope of the TDMK's National Level Athletes but are covered by the TDMK's doping control authority.

2. Tıbbi Bilgiler (gerektiği takdirde ayrı bir sayfadan devam edebilirsiniz.) / *Medical Information* / (continue on separate sheet if necessary)

Teşhis /Diagnosis

Hastalığın tedavisinde yasaklı olmayan bir madde kullanılabiliriyorsa, lütfen *Yasaklı Maddenin* kullanılmasının tıbbi gerekçelerini belirtiniz / *If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication*

Teşhisle ilgili Not / Comment about Diagnosis

Teşhisi doğrulayan kanıtlar eklenmeli ve bu başvuru ile birlikte iletilmelidir. Tıbbi kanıtlar kapsamlı bir tıbbi geçmiş ve ilgili bütün muayenelerin sonuçlarını, laboratuvar incelemelerini ve radyolojik incelemeleri içermelidir. Raporların ya da yazılı belgelerin orijinallerinin kopyaları da mümkün olduğu takdirde eklenmelidir. Kanıtlar, klinik koşullarda mümkün olabildiğince tarafsız olmalıdır. İspat edilemeyen durumlar söz konusu olduğunda, başka diğer bağımsız tıbbi görüşler ile başvuru desteklenmelidir.

WADA, TAKİ başvurularının eksiksiz ve detaylı bir şekilde hazırlanması konusunda hekimlere yardımcı olmak amacıyla bir dizi yönerge yayınlamaktadır. Bu TAKİ Hekim Yönergelerine, WADA'nın websitesi olan <https://www.wada-ama.org> adresinden "Medical Information" terimi aratılarak ulaşılabilir. Bahsi geçen yönergeler, sporcularda yaygın olarak görülen ve yasaklı maddelerle tedavi edilmesi gereken birtakım sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisini içermektedir.

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.

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: <https://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. Tedavi detayları / Medication details

Yasaklı Madde(ler) / <i>Prohibited substance(s):</i> Etkin Madde İsmi / <i>Generic Name</i>	Doz / <i>Dose</i>	Uygulama Yolu / <i>Route of</i> <i>Administration</i>	Sıklık / <i>Frequency</i>	Tedavi Süresi/ <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

4. Hekimin beyanı / Medical practitioner's declaration

Yukarıdaki bölüm 2 ve 3 kapsamında vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu ve yukarıda bahsi geçen tedavinin tıbbi açıdan uygun olduğunu beyan ederim. / I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

İsim / Name: _____

Tıpta Uzmanlık Alanı / Medical speciality: _____

Adres / Address:

Telefon / Tel: _____ **Faks / Fax:** _____

E-posta / E-mail: _____ **Tarih / Date:** _____

Hekimin İmzası / Signature of Medical Practitioner: _____

5. Geçmişe Dönük Başvurular / Retroactive applications

<p>Bu geçmişe dönük bir başvuru mudur? / <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p>Evet/ Yes: <input type="checkbox"/></p> <p>Hayır/No: <input type="checkbox"/></p> <p>Öyle ise, tedavinin başlangıç tarihi nedir? / <i>If yes, on what date was treatment started?</i></p> <p>_____</p>	<p>Lütfen gerekçesini belirtiniz / Please indicate reason:</p> <p><input type="checkbox"/> Acil bir tedavinin ya da akut bir sağlık sorununun tedavi edilmesinin zorunlu olması / Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer elde olmayan (veya beklenmeyen) durumlar nedeniyle doping kontrolü öncesinde başvuru yapmak için yeterli zamanın ya da fırsatın olmayışı/ Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</p> <p><input type="checkbox"/> Müsabaka öncesinde başvuru yapılması, ilgili kurallar çerçevesinde zorunlu değildir / Advance application not required under applicable rules</p> <p><input type="checkbox"/> Özel izin (WADA ve Türkiye Doping Mücadele Komisyonunun onayı gereklidir) / Fairness (WADA and NADO approval required) Lütfen Açıklayınız / Please explain:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

6. Önceki TAKİ Başvuruları / Previous TUE Applications

<p>Daha önce herhangi bir TAKİ başvurusu yaptınız mı? /Have you submitted any previous TUE application(s):</p> <p>evet / yes <input type="checkbox"/> hayır / no <input type="checkbox"/></p> <p>Hangi madde ya da yöntem için? / For which substance or method?</p> <p>_____</p> <p>Hangi kuruluşa? / To whom? _____</p> <p>Ne zaman? / When? _____</p> <p>Karar / Decision: Onay verildi / Approved <input type="checkbox"/> Reddedildi / Not approved <input type="checkbox"/></p>
--

7. Sporcunun beyanı / Athlete's declaration

Aşağıda imzası bulunan ben, _____, bölüm 1, 5 ve 6'da belirtilen bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum. Sağlığım ile ilgili kişisel bilgilerin, *Dünya Doping Mücadele Kuralları* ve/veya Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnalarına ilişkin Uluslararası Standart çerçevesinde bu bilgileri alma yetkisi olan ilgili *Doping Mücadele Kuruluşu* (DMK) yetkili çalışanlarına ve aynı zamanda *WADA'nın* yetkili çalışanlarına, *WADA TAKİK'e* (Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası Komitesi) ve ilgili diğer *Doping Mücadele Kuruluşlarının* TAKİK'ine ve yetkili çalışanlarına verilmesini onaylıyorum. Bu kişiler profesyonel veya sözleşmeli gizlilik yükümlülüğüne tabidir.

Başvurumun değerlendirilmesi ve sonuca bağlanması için gerekli görülen tıbbi bilgilerin hekim(ler)im tarafından yukarıda bahsi geçen şahıslarla paylaşılmasını onaylıyorum.

Kişisel bilgilerimin yalnızca *TAKİ* talebimin değerlendirilmesi ve olası doping mücadele kural ihlali soruşturmaları ve işlemleri için kullanılacağını anlıyorum. Eğer (1) bana ait sağlığım ile ilgili bilgilerin kullanımı hakkında daha fazla bilgi almak, (2) erişim, düzeltme, kısıtlama, karşı çıkma veya silme hakkım gibi sahip olacağım haklarımı kullanmak (3) bu kuruluşların sağlığım ile ilgili bilgilere ulaşma hakkını iptal etmek istersem, bu isteğimi kendi hekimime ve bağlı bulunduğum *Doping Mücadele Kuruluşuna* yazılı olarak iletmek zorunda olduğumu kabul ediyorum. Dünya Doping Mücadele Kurallarının gerektirdiği şekilde ya da Uluslararası Standartlar, ulusal doping mücadele yasaları uyarınca veya *WADA'yı*, Ulusal Doping Mücadele Kuruluşunu ve/veya beni ilgilendiren yasal bir iddiayı tesis etmek, uygulamak veya savunmak amacıyla; bu kuralların gerektirdiği olası bir doping mücadele kural ihlali ile ilgili soruşturma veya yargı için, onamımı beyan ettiğim zamandan önce de, *TAKİ* ile ilgili bilgilerin gerekli olabileceğini anladım ve kabul ediyorum.

Bu başvuruya ilişkin verilen kararın bütün *Doping Mücadele Kuruluşlarıyla* veya üzerimde *Doping Kontrolü* yapma ve/veya sonuç değerlendirme yetkisi bulunan diğer kuruluşlarla paylaşılmasına onay veriyorum. Bilgilerimi ve bu başvuruya ilişkin verilen kararı alanların benim ikamet ettiğim ülke dışında olabileceklerini anlıyorum ve kabul ediyorum. Bilgilerimin, Kanada sınırları içerisindeki servis sağlayıcıları aracılığıyla *WADA* tarafından sunulan *ADAMS* kapsamında; ve *WADA'nın* "Mahremiyetin ve Kişisel Bilgilerin Korunmasına İlişkin Uluslararası Standard" ında (*ISPPPI*) belirtilen süre boyunca saklanabileceğini anlıyorum.

Kişisel bilgilerimin "Mahremiyetin ve Kişisel Bilgilerin Korunmasına İlişkin Uluslararası Standard"a uygun olarak kullanılmaması durumunda, *WADA* (privacy@wada-ama.org) veya ülkedeki kişisel bilgilerin korunmasından sorumlu ulusal kuruluşa şikayetim iletebileceğimi anlıyorum.

Yukarıda bahsi geçen kuruluşların ulusal doping mücadele yasalarına tabi olabileceğini; ve yerel mahkemelere, yasal yaptırımlarına veya diğer yetkili kamu kurumlarına benim rızamı gerektirebilecek bilgi sağlaması gerekebileceğini anlıyorum. Ulusal doping mücadele yasaları hakkında, bağlı olduğum Uluslararası Federasyon veya Ulusal Doping Mücadele Kuruluşundan daha fazla bilgi edinebilirim. /

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 relevant Anti-Doping Organization (ADO) 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 International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information 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.

Sporcunun imzası /: _____ **Tarih / Date:** _____

Athlete's signature

Ebeveynin veya vasisinin imzası _____ **Tarih / Date:** _____

Parent's / Guardian's signature:

(Sporcunun reşit olmaması veya bu formu imzalamasını engelleyen bir engelinin bulunması durumunda, bu formun Sporcunun bir ebeveyni veya vasisi tarafından, Sporcuyla birlikte ya da Sporcu adına imzalanması gereklidir. / If the athlete is a Minor or has an impairment preventing him / her from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.)

Formu doldurduktan sonra lütfen taki@tdmk.org.tr e-posta adresi ya da 0312 428 08 36 numaralı faks yoluyla Türkiye Doping Mücadele Komisyonuna gönderiniz; bir nüshasını kendinize saklayınız. / Please submit the completed form to Turkish Anti-Doping Commission by the following means (keeping a copy for your records): taki@tdmk.org.tr or by fax to 0312 428 08 36