

AANVRAAG ((TOESTEMMING WEGENS THERAPEUTISCHE NOODZAAK)) (TTN)
DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)
THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE) APPLICATION FORM

Gelieve alle rubrieken in te vullen in DRUKLETTERS

De sporter moet de rubrieken 1, 4, 5 en 7 invullen, de arts moet de afdelingen 2, 3 en 6 invullen. Onleesbare of onvolledige aanvragen zullen worden teruggestuurd en zullen in een leesbare vorm en volledig opnieuw moeten worden ingediend.

Veillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.

Le sportif doit compléter les sections 1, 4, 5 et 7, le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 6. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS or typing.

The athlete must fill in sections 1, 4, 5 and 7, the physician must fill in sections 2, 3 and 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. INFORMATIE OVER DE SPORTER – INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF – ATHLETE INFORMATION

Familienaam Noms Surname	<input type="text"/>	Voornaam Prénoms Given names	<input type="text"/>
Geboortedatum Date de naissance Date of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Geslacht Sexe Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V/F
Adres Adresse Address	Straat/Rue/Street • Nummer/Numéro/Number Postcode/Code postal/Zip code Gemeente/Ville/ City		
	Telefoonnummer (incl. landcode)/ Tél contact (incl. code pays) /Contact tel (incl. country code)		E-mail/Courriel
Sport	Sporttak / Discipline / Discipline		
Internationale of nationale sportorganisatie - Organisation sportive internationale ou nationale - International or national sport organization			
Indien de atleet een handicap heeft gelieve de handicap te vermelden - Lorsque l'athlète présente un handicap veuillez préciser lequel - If athlete with an Impairment indicate the impairment			

2. MEDISCHE INFORMATIE – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – MEDICAL INFORMATION

Diagnose - Diagnostic - Diagnosis

Indien een toegelaten geneesmiddel kan worden gebruikt om de pathologie te behandelen, geef de klinische verantwoording voor het aangevraagde gebruik van het verboden geneesmiddel.
Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament.
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide the clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

De gegevens die de diagnose bevestigen, worden bij deze aanvraag gevoegd en er samen mee opgestuurd. Het medisch bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingsonderzoeken bevatten. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe. Het bewijs moet zo objectief mogelijk zijn in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag. Het WADA houdt een reeks richtlijnen bij die nuttig kunnen zijn voor artsen om volledige en gedetailleerde TTN-aanvragen in te dienen. Die documenten, vermeld onder het opschrift "Medical information to support the decisions of TUECs" (Medische informatie tot staving van de beslissingen van de TTN-commissie), kunnen worden geraadpleegd door de zoekwoorden "Medical information" in te geven op de website van het WADA (<https://www.wada-ama.org>). Die richtlijnen hebben betrekking op de diagnose en de behandeling van een groot aantal aandoeningen die sporters vaak treffen en waarvoor een behandeling met verboden stoffen noodzakelijk is.

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande. L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés Informations médicales pour éclairer les décisions des CAUT, en saisissant le terme de recherche "Informations médicales" sur le site web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>). Ces lignes directrices portent sur le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections qui touchent couramment les sportifs et nécessitent un traitement par des substances interdites.

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. 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. GEGEVENS OVER HET GENEESMIDDELEN/METHODE(N) GEBRUIK • MÉDICAMENT(S)/MÉTHODE(S) CONCERNÉ(ES) • MEDICATION/METHOD(S) DETAILS

Verboden substantie(s) (generische benaming) Substance(s) interdite(s) (nom générique) Prohibited substance(s) (generic name)	Dosis Posologie Dose	Toedieningswijze Mode d'administration Route of Administration	Frequentie Fréquence d'administration Frequency	Duur van de behandeling Durée du traitement Duration of treatment
1				
2				
3				

4. VROEGERE AANVRAGEN - DEMANDES ANTÉRIEURES - PAST REQUESTS

Heeft u al eerder een TTN-aanvraag/TTN-aanvragen ingediend?
 Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?
 Have you submitted any previous TUE application(s)?

Ja/Oui/Yes

Nee/Non/No

Voor welke substantie? - Pour quelle substance? - For which substance?

Bij wie? - Auprès de qui? - To whom?

Wanneer?
Quand?
When?

DD/JJ

M/M

JJJJ/AAAA/YYYY

Beslissing?
Décision?
Decision?

Goedgekeurd
Acceptée
Approved

Niet goedgekeurd
Refusée
Not approved

5. RETROACTIEVE AANVRAAG - DEMANDE RÉTROACTIVE - RETROACTIVE APPLICATION

Is het een retroactieve aanvraag?
 S'agit-il d'une demande rétroactive?
 Is this a retroactive application?

Ja/Oui/Yes

Nee/Non/No

Indien Ja, op welke datum bent u gestart met de behandeling (dd/mm/jjjj)?
 Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa)?
 If yes, on what date was the treatment started (dd/mm/yyyy)?

DD/JJ

M/M

JJJJ/AAAA/YYYY

Gelieve de reden van de retroactieve aanvraag hieronder aan te geven.
 Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive.
 Please indicate the reason why the application is retroactive.

- Spoedbehandeling of behandeling van een acute medische aandoening was nodig.
Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.
Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary.
- Wegens andere uitzonderlijke omstandigheden was er onvoldoende tijd of waren er onvoldoende mogelijkheden om een TTN-aanvraag in te dienen vóór de monsterneming.
En raison d'autres circonstances exceptionnelles il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de d'échantillon.
Due to other exceptional circumstances there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection.
- Aanvraag vóór gebruik van de substantie/methode(n) niet verplicht krachtens toepasselijke regels.
Demande avant utilisation de la substance/méthode non obligatoire en vertu des règles applicables.
Advance application not required under applicable rules.
- Redelijkheid (goedkeuring van het WADA en van NADO Vlaanderen nodig).
Équité (approbation de l'AMA et de l'ONAD Flandres requise).
Fairness (WADA and NADO Flanders approval required).

Gelieve te verduidelijken - Veuillez expliquer - Please explain:

6. VERKLARING VAN DE BEHANDELLENDE ARTS - DÉCLARATION DU MÉDECIN MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION

Ik ondergetekende bevestig hiermee dat de in de rubrieken 2 en 3 hierboven vermelde gegevens juist zijn en dat de hierboven vermelde behandeling medisch verantwoord is. Je soussigné certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié. I certify that the information at sections 2 and 3 is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

Naam en specialisme - Nom et spécialité médicale - Name and medical specialty		
---	--	--

Adres Adresse Address	Straat/Rue/Street • Nummer/Numéro/Number	Postcode/Code postal/Zip code	Gemeente/Ville/ City
	Telefoonnummer (incl. landcode)/ Tél contact (incl. code pays) /Contact tel (incl. country code)		E-mail/Courriel

Datum Date Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DD/JJ	M/M	JJJJ/AAAA/YYYY			

Handtekening van de behandelende arts - Signature du médecin - Signature of medical practitioner
--

7. VERKLARING VAN DE SPORTER

Ik ondergetekende,, bevestig dat de in de rubrieken 1, 4 en 5 vermelde inlichtingen juist zijn. Ik geef toestemming voor het meedelen van mijn persoonlijke medische informatie aan het bevoegde personeel van de antidopingorganisatie (ADO) en van het WADA, aan de commissie voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van het WADA en aan andere commissies voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van ADO's en aan het bevoegde personeel dat het recht zou kunnen hebben die informatie te kennen krachtens de Wereldantidopingcode ("Code") en/of de internationale standaarden voor de toestemming wegens therapeutische noodzaak. Deze mensen zijn onderworpen aan een professionele of contractuele geheimhoudingsplicht.

Ik verleen mijn toestemming aan mijn arts(en) om de hierboven vermelde personen elke inlichting over mijn gezondheid mee te delen die ze als noodzakelijk acht(en) om mijn aanvraag te onderzoeken en een beslissing te nemen.

Ik besef dat die inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels. Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wil krijgen over het gebruik van de informatie over mijn gezondheid; (2) alle rechten kan uitoefenen die ik heb, zoals mijn recht op toegang, rechtzetting, beperking, verzet of schrapping; of (3) het recht van die organisaties om informatie over mijn gezondheid in te winnen, wens in te trekken, mijn behandelende arts en mijn antidopingorganisatie daar op de hoogte van moet brengen. Ik begrijp, en geef ervoor toestemming, dat het noodzakelijk kan zijn dat die informatie betreffende de TTN die werd verstrekt vóór de intrekking van mijn toestemming wordt bewaard met als enig doel een mogelijke overtreding van een antidopingregel vast te stellen, overeenkomstig de eisen van de Code, de internationale standaarden, of nationale antidopingwetten; of om een rechtsvordering in te stellen, uit te oefenen of te verdedigen waarbij ik, het WADA en/of een ADO betrokken is.

Ik laat toe dat de beslissing betreffende mijn aanvraag wordt meegedeeld aan alle antidopingorganisaties of andere organisaties, bevoegd voor de controles en/of het verwerken van de resultaten.

Ik begrijp en aanvaard dat de personen aan wie de inlichtingen en de beslissing betreffende deze aanvraag worden meegedeeld, in een ander land kunnen verblijven dan in het land waarin ik woon. Het kan zijn dat de wetten op de bescherming van de persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer in sommige landen niet dezelfde zijn als die van het land waarin ik woon. Ik begrijp dat de gegeven informatie kan worden opgeslagen in ADAMS, dat wordt gehost door het WADA op servers in Canada, en dat de informatie wordt bewaard voor de duur zoals aangegeven in de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de persoonsgegevens van het WADA.

Ik weet dat ik, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de persoonsgegevens wordt gebruikt, klacht kan indienen bij het WADA (privacy@wada-ama.org), of bij mijn nationale organisatie die verantwoordelijk is voor de gegevensbescherming in mijn land.

Ik begrijp dat de bovengenoemde entiteiten kunnen verwijzen naar en onderworpen kunnen zijn aan nationale antidopingwetten die voorrang hebben op mijn toestemming, of andere toepasselijke wetten die vereisen dat informatie wordt bekendgemaakt aan rechtbanken, wetshandhavers of andere publieke lokale overheden. Ik kan meer informatie over deze nationale antidopingwetten krijgen bij mijn internationale federatie of mijn nationale antidopingorganisatie.

Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DD	M	JJJJ			

Handtekening van de sporter

Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de sporter.

Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DD	M	JJJJ			
	Aantal bijlagen					<input type="text"/>

Handtekening van de ouder of voogd

Gelieve het volledig ingevulde formulier naar de TTN-commissie van NADO Vlaanderen te sturen (bewaar een kopie voor uzelf),
per e-mail naar ttn@nado.vlaanderen

7. DÉCLARATION DU SPORTIF

Je soussigné,, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 4 et 5 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) compétente et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage ("Code") et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques. Ces personnes sont soumises à une obligation de confidentialité professionnelle ou contractuelle.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage.

Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements; (2) exercer tout droit que je peux détenir, comme mon droit d'accès, de rectification, de restriction, d'opposition ou de suppression; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés aux fins d'enquêtes ou de procédures relatives à des violations potentielles des règles antidopage, conformément aux exigences du Code, des standards internationaux, ou de lois nationales antidopage; ou aux fins d'initier, d'exercer ou de se défendre contre une poursuite me concernant ou concernant une OAD et/ou l'AMA.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside. Je comprends que mes renseignements seront conservés dans le système ADAMS, qui est hébergé par l'AMA sur des serveurs basés au Canada, pendant la durée indiquée dans le Standard international pour la protection des renseignements personnels de l'AMA (SIPRP).

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA (privacy@wada-ama.org) ou de l'organisme national de réglementation responsable de la protection des données dans mon pays si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et le SIPRP.

Je comprends que les entités mentionnées ci-dessus peuvent se référer et être soumises à des lois nationales antidopage qui prévalent sur mon consentement, ou d'autres lois applicables qui peuvent exiger que des informations soit divulguées aux tribunaux, forces de l'ordre ou autres autorités publiques locales. Je peux obtenir davantage d'informations sur ces lois nationales antidopage auprès de ma Fédération internationale ou de mon organisation nationale antidopage.

Date
JJ MM AAAA

Signature du sportif

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

Date
JJ MM AAAA

Nombre d'annexes

Signature d'un des parents ou du tuteur légal

**Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à la commission d'AUT de NADO Flandres par le moyen suivant (en conservant personnellement une copie):
par courrier électronique à ttn@nado.vlaanderen**

Vos données personnelles sont traitées conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (règlement général sur la protection des données).

7. ATHLETE'S DECLARATION

I,, certify that the information set out at sections 1, 4 and 5 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 Protecting 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.

Date

DD MM YYYY

Athlete's signature

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.

Date

DD MM YYYY

Number of attachments

Parent's / guardian's signature

Please submit the completed form to the NADO Flanders TUE Commission by the following means (keeping a copy for your records):
by e-mail to ttn@nado.vlaanderen

Your personal data are processed in accordance with Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 (General Data Protection Regulation).