

치료목적사용면책(TUE) 신청 방법

1. 한국도핑방지위원회 홈페이지(<http://www.kada-ad.or.kr>) 방문



2. 상단 메뉴 중, “국제협력” 클릭



3. 좌측 “국제협력” 내 메뉴 중, “치료목적사용면책” 클릭

국제협력
KOREA ANTI-DOPING AGENCY

WADA 관련문서

치료목적사용면책

- ▶ 치료목적사용면책 소개
- ▶ 금지약물검색
- ▶ 치료목적사용면책 제출방
법 및 양식
- ▶ 국제연맹별 치료목적사용
면책

소재지정보

kada

서면제출

ADAMS 제출

ADAMS ID신청

▶ 홈 > 국제협력 > 치료목적사용면책 > 치료목적사용면책 제출방

▶ 양식 다운로드 >

안녕하십니까, 한국도핑방지위원회 치료목적사용면책 및 사용신고서 제출방법 안내 동영상입니다.
치료목적사용면책은 혹은 사용신고서는 선수가 치료목적에 의해不得已하게 금지약물이나 금지방법을 사용해야 할 경우,
대한 면책을 주는 선수의 권리를 위한 제도입니다.

4. “치료목적사용면책” 내 하단 메뉴 중 “치료목적사용면책 소개”
및 “금지약물검색”을 통해 금지약물 여부 확인

5. 금지약물에 해당하는 경우, 우측 “양식다운로드”를 통해 양식을
다운받아 작성 후 제출

※ 제출방법 : 팩스 또는 이메일 (FAX : 02-2045-9898, EMAIL :
tue@kada-or.kr)

※ 문의처 : 02-2045-9835

치료목적사용 면책신청서 Therapeutic Use Exemptions (TUE)

대문자 또는 타자로 작성하십시오 Please complete all sections in capital letters or typing.

1. 선수 인적사항 Athlete Information(국문 · 영문명 모두 여권상과 일치하도록 기재)

1.성Family Name:_____	2.이름Given Name:_____
3.성별Gender: 여F ☐ 남M ☐	4.생년월일Date of Birth(yyyy/mm/dd):_____
5.주소Address:_____	6.우편번호Postal Code:_____
7.전화Tel:_____	8.핸드폰Mobile:_____
9.이메일E-mail:_____	
10.종목:_____	11.세부종목/포지션:_____
Sport	Discipline/Position
	12.소속경기단체:_____
	National Sports Federation

13.해당되는 란에 체크하십시오 Please mark the appropriate box.

☐ 국제연맹 검사등록자대상명부 해당자
I am registered in International Federation's Registered Testing Pool(RTP)

☐ 한국도핑방지위원회 검사등록자대상명부 해당자
I am registered in National Anti-Doping Organization's Registered Testing Pool(RTP)

☐ 국제연맹의 규정에 따라 승인된 치료목적사용면책을 요구하는 국제경기대회(국제연맹지정대회) 참가자
I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required.
(대회명 Name of Competition:_____)

☐ 해당 없음 None of the above

14.출전에정대회Planned Competition:(대회명 Name:_____ 날짜Date:_____)
Refer to your International Federation for the list of designated events.

15.장애인선수(장애내용 기록):_____
If the athlete has any disability, please describe details.

2. 의료정보 Medical Information

1)충분한 의료정보를 포함한 진단소견 Diagnosis with sufficient medical information: _____ _____ _____
2)사용 허가된 의약품으로도 치료 가능한 경우, 금지약품을 처방하려는 임상의학적 정당성을 설명하십시오 If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication: _____ _____ _____

※ 진단증빙자료(진단서,처방전,소견서등)를 첨부하여 신청서와 함께 제출하여야 한다. 증빙자료에는 포괄적 병력 및 그와 관련된 모든 검사보고서, 검사실 조사 및 영상검사 결과가 포함되어야 한다. 가능한 경우 보고서 또는 편지의 원본에 대한 사본을 첨부하여야 한다. 증빙자료는 임상의학적 관점에서 극히 객관적이어야 하며, 만약 정확한 설명이 불가능한 경우, 다른 독립된 의료진의 소견도 포함시킬 수 있다. 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.

3. 세부 진료내용/Medication details

금지약물 Prohibited substance(s): 약물속명 Generic name	1회 사용량 Dose	사용방법 Route	사용빈도 Frequency
1.			
2.			
3.			

예상 치료기간 Intended duration of treatment:	1회 once only ☐ 응급 emergency ☐ 기간(주/월) duration (week/month) _____
--	--

이전에 TUE 승인 신청 여부 Have you previously submitted any TUE application?:
예/yes ☐ 아니오/no ☐

승인요청 금지약물/For which substance _____

승인신청기관/To Whom _____ 승인날짜/When _____

판정결과/Decision 승인/Approved ☐ 거부/Not approved ☐

4. 담당의사 선서 Medical practitioner's declaration

나는 위에서 언급한 치료와 관련하여 의학적으로 적절하였으며, 금지목록 이외의 대체 약물 사용은 위 선수의 의료 상황에서는 적절하지 않음을 확인한다.
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.

성명 Name: _____ 전공분야 Medical speciality: _____

주소 Address: _____

전화 Tel.: _____ 팩스 Fax: _____ 이메일 E-mail: _____

의사서명 Signature of Medical Practitioner: _____ 날짜 Date: _____

5. 선수 선서 Athlete's declaration

본인, _____는(은) 선수 인적사항이 틀림없음을 확인하며 세계반도핑기구(WADA) 금지 목록에 포함된 약물과 방법의 사용 승인을 요청한다. 나는 나의 의학정보가 세계반도핑규약의 규정에 근거하여 한국도핑방지위원회, WADA 직원, WADA 금지약물사용면책위원회(TUEC) 및 기타 반도핑기구에 제공되는 것을 허락한다. 나의 의학정보가 위의 기구에 제공되는 것에 반대한다면 담당의사와 한국도핑방지위원회에 그 사실을 서면으로 통보하여야 하는 것을 이해하고 있다.

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 Korea Anti-Doping Agency(KADA) 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 my ADO in writing of that fact.

선수서명 Athlete's Signature: _____ 날짜 Date: _____

부모/보호자 서명 Parent or guardian's Signature: _____ 날짜 Date: _____

(선수가 미성년자이거나 장애로 인하여 서명이 불가능 할 때에는 부모나 보호자가 선수와 함께 또는 선수를 대신하여 서명할 수 있다. 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)

6. 소속 경기단체의 확인 Confirmation of National Sports Federation(선택사항)

이 신청서에 대한 소속 경기단체 의무분과위원장의 확인: 예/yes ☐ 아니오/no ☐

Has the National Sports Federation Chief Medical Officer been notified of this request?

소속경기단체 의무분과위원장 성명 : _____

Name of NSF's Chief Medical Officer 서명/Signature: _____

※ 구비서류가 완료되지 않은 신청서에 대해서는 접수가 불가능하며, 완료 후 재 제출해야한다.

서류 접수 후 사본을 반드시 보관하십시오. Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted. Please submit the completed form to the ADO and keep a copy for your records.

한국도핑방지위원회 KADA contact details(in Korean)

주소: 서울시 강동구 성내동 448-8 다성빌딩 301호

전화: 02-2045-9835 팩스: 02-2045-9898 이메일: tue@kada-ad.or.kr