



Íþróttá- og Ólympíusamband Íslands

The National Olympic and Sports Association of Iceland

UMSÓKN UM EINFALDAÐA UNÐANÞÁGU

til að nota efni af lista WADA yfir bönnuð efni og aðferðir í lækningaskyni

Application for approval (abbreviated process) for the therapeutic use of a substance on the WADA list of prohibited substances and methods (Abbreviated Therapeutic Use Exemption Application)

ATHUGIÐ

Eingöngu er hægt að sækja um einfaldaða undanþágu vegna notkunar beta-2 virkra efna til innöndunar (*astmalyfja*) og barkstera eftir öðrum íkomuleiðum en um munn eða endaþarm eða með innsprautun í blóðrás eða vöðva. Sækja þarf um venjulega undanþágu vegna allrar annarrar notkunar efna af bannlista. Einfölduð undanþága tekur gildi þegar rétt útfylltri umsókn er skilað til Undanþágunefndar Lyfjaráðs ÍSÍ.

1. Upplýsingar um íþróttamann

Athlete information

Nafn: _____
Name

Kona / *female* Karl / *male*

Aðsetur: _____
Address

Fæðingardagur (d/m/á): ____ / ____ / ____
Date of birth (d/m/y)

Heimasími: _____
Telephone home

Vinnusími: _____
Telephone work

Farsími: _____
Mobile phone

Netfang: _____
E-mail

Íþrótt (og íþróttagrein ef við á): _____
Sport (and discipline if applicable)

Sérsamband innan ÍSÍ: _____
National federation

Ef um fatlaðan íþróttamann er að ræða, getið þá um fötlun: _____
If athlete with disability, indicate disability

2. Upplýsingar um meðhöndlandi lækni (sjá aths. 1)

Notifying medical practitioner information (see Note 1)

Nafn: _____
Name

Prófgráður (sérgrein ef við á): _____
Qualifications (medical speciality if applicable)

Aðsetur: _____
Address

Heimasími: _____
Telephone home

Vinnusími: _____
Telephone work

Farsími: _____
Mobile phone

Netfang: _____
E-mail

3. Sjúkdómsgreining og lyfjanotkun sem sótt er um undanþágu fyrir

Details of diagnosis and medication

Sjúkdómsgreining: _____
Diagnosis

Læknisfræðilegar rannsóknir / mælingar að baki sjúkdómsgreiningu (sjá aths. 2):
Medical examination(s) / test(s) performed) (see Note 2)

Bannað efni og heiti sérlyfs <i>Prohibited substance and trade name of drug</i>	Skammtastærð <i>Dose of administration</i>	Íkomuleið <i>Route of administration</i>	Tíðni notkunar <i>Frequency of administration</i>

Áætluð lengd meðhöndlunar: _____
Anticipated duration of this medication plan

Viðbótarupplýsingar:

Additional information

4. Yfirlýsing læknis

Medical practitioners declaration

Ég staðfesti að ofangreindur íþróttamaður þarf á ofangreindri lyfjanotkun að halda til réttar meðferðar vegna ofangreindrar sjúkdómsgreiningar.

I certify that the above mentioned substance(s) for the above named athlete has been/are to be administered as the correct treatment for the above named medical condition.

Ég staðfesti ennfreður að ekki er hægt að nota önnur leyfileg lyf í sama tilgangi, af eftirtöldum ástæðum:

I further certify that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for the treatment of the above named medical condition for the following reasons:

Undirritun meðhöndlandi læknis: _____ Dags.: _____
Signature of medical practitioner Date

5. Yfirlýsing íþróttamanns

Athletes declaration

Ég staðfesti að upplýsingarnar í lið 1 eru réttar og að ég sæki hér með um undanþágu til að nota efni eða aðferð af lista WADA yfir bönnuð efni og aðferðir í lækningaskyni. Ég samþykki að þeim sem fjalla um þessa umsókn verði veittur aðgangur að heilsufarsupplýsingum um mig, sem varða þá sjúkdómsgreiningu sem hér er tilgreind, þar með talið WADA, ef stofnunin fjallar um áfrýjun vegna synjunar umsóknar eða endurskoðar samþykkt umsóknar. Mér er ljóst að ef ég afturkalla þetta samþykki þarf ég að gera lækni mínum skriflega grein fyrir því og að slík afturköllun getur haft í för með sér að veitt undanþága verði afturkölluð.

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 authorise the release of my personal medical information relevant for the described diagnosis to those organisations handling this application, including WADA should they handle an appeal or re-examine the approval. I understand that if I ever wish to revoke this authorisation I must notify my medical practitioner in writing. I understand that a revocation of the authorisation may result in a retraction of given approval for the use of prohibited substance/method.

Undirritun íþróttamanns: _____

Signature of the athlete

Dags.: _____

Date

Undirritun foreldris/forráðamanns: _____

Signature of parent/guardian

Dags.: _____

Date

Ef íþróttamaður er ekki lögráða eða getur ekki undirritað vegna fötlunar skal foreldri hans eða forráðamaður undirrita ásamt honum eða fyrir hönd hans.

If the athlete is a minor or has a disability preventing her/him to sign this form, a parent or guardian shall sign together or on behalf of the athlete.

6. Athugasemdir

Notes

1. Nafn, prófgráða og sérgrein, t.d. Jón Jónsson, læknir, sérfræðingur í lyflækningum
Name, qualifications and medical speciality
2. Niðurstöður úr læknisfræðilegum rannsóknum og mælingum sem sjúkdómsgreiningin byggir á þurfa að vera aðgengilegar ef þess er óskað. Ef sótt er um undanþágu vegna lyfjameðferðar við astma eða áreynsluastma getur undanþágunefnd ÍSÍ farið fram á að íþróttamaðurinn gangist undir ítarlegar öndunarmælingar
Supporting reports and test results confirming the diagnosis must be available upon request. Thorough respiratory examinations may be requested by the TUEC when a diagnosis of asthma or exercise induced asthma has been made.

Útfyllt umsóknareyðublað skal senda Lyfjaráði ÍSÍ án tafar þegar sjúkdómsgreining og þörf fyrir notkun lyfs af bannlista liggur fyrir. Ef upplýsingar eru ekki fullnægjandi verður eyðublaðið endursent.

Undanþágunefnd Lyfjaráðs ÍSÍ
Íþróttamiðstöðinni í Laugardal
Engjavegi 6
104 Reykjavík

7. Staðfesting móttöku

Umsókn fullnægjandi Já / yes Nei / no

Application complete

Athugasemdir:

Comments

Undirritun f.h. undanþágunefndar: _____

TUEC representative signature

Dags.: _____

Date