

치료목적사용면책(TUE) 신청서

모든 항목은 **영어로 작성**하십시오. 선수는 1, 5, 6, 7번, 주치의는 2, 3, 4번 항목을 기입하시기 바랍니다.
글씨체를 알아볼 수 없거나 미완성된 신청서는 반려되며, **판독 가능한 완성된 양식**으로 다시 제출해야 합니다.

1. 선수 인적사항 Athlete Information (이름의 경우 한글 · 영어 모두 기입)

성: _____ Surname	이름: _____ Given Name	남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> Male Female	생년월일(년/월/일): _____/_____/_____ (y/m/d) Date of Birth
주소: _____ (시/도) _____ (시/군) Address Province/City			
우편번호: _____ Postcode	전화번호(국가번호 포함): _____ Tel.(with International Code)		이메일: _____ E-mail
종목: _____ Sport	세부종목/포지션: _____/_____ Discipline/Position		
소속 국제 또는 국내경기연맹: _____ International or National Sport Organization			
출전예정대회(대회명): _____ Planned Competition(Name)			날짜: _____ Date
장애가 있는 경우, 장애내용을 기입하십시오. If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment. _____			

2. 의료 정보 Medical Information(필요 시 다른 용지에 이어 작성하십시오.)

진단: _____ Diagnosis
만약 사용 허가된 의약품으로도 치료가 가능한 경우, 해당 금지약물을 처방하려는 임상의학적 정당성을 설명하십시오. If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication. _____ _____ _____

안내 (comment)

신청서와 함께 진단 증빙자료(진단서, 처방전, 의무기록 및 각종 검사결과)를 반드시 첨부하여 제출하여야 한다. 진단 증빙자료에는 포괄적인 병력 및 그와 관련된 모든 검사 보고서, 검사실 조사 및 영상검사 결과가 포함되어야 한다. 가능한 경우, 보고서 또는 문서 원본에 대한 사본을 첨부하여야 한다. 증빙자료는 임상의학적 관점에서 극히 객관적이어야 하며, 만약 정확한 설명이 불가능한 경우, 다른 독립된 의료진의 소견을 포함시킬 수 있다. WADA는 의료진의 TUE 관련 준비를 돕기 위해 가이드라인을 제공한다. 이 가이드라인들은 WADA 홈페이지(www.wada-ama.org)에서 medical information을 검색하면 확인 가능하다. 가이드라인은 선수들에게 자주 겪고, 금지약물 혹은 방법을 요하는 질병과 치료에 대한 정보를 제공한다.

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. 세부 진료내용 Medication Details

금지약물: 약물속명 <i>Prohibited Substance(s): Generic name</i>	1회 사용량 <i>Dose</i>	사용/투여 방법 <i>Route of Administration</i>	사용/투여 빈도 <i>Frequency</i>	예상 치료기간 <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

4. 담당 의사 확인 Medical Practitioner's Declaration

본인은 상기 2, 3번 항목에 기입한 정보가 사실이며, 위에서 언급한 치료가 의학적으로 적절하다는 것을 증명한다.
I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

성명 Name : _____ 전공분야 Medical Specialty : _____

주소 Address : _____

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

의사 서명: _____ 날짜: _____
Signature of Medical Practitioner Date

5. 소급 신청여부 Retroactive Applications

<p>본인에 해당되는 신청 종류에 "V" 표시하십시오. <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p>소급 TUE <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>사전 TUE <input type="checkbox"/> No</p> <p>소급 TUE 신청인 경우, 치료 시작일을 명시하십시오. <i>If yes, on what date was treatment started?</i></p> <p>_____</p> <p>(년/월/일 y/m/d)</p>	<p>소급 신청하는 경우, 해당 사유에 "V" 표시하십시오. <i>Please indicate reason:</i></p> <p><input type="checkbox"/> 응급치료 또는 급성의료조치가 필요했음 <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타 예외적인 상황으로 인해 신청서를 제출할 시간 또는 기회가 충분하지 않았음 <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i></p> <p><input type="checkbox"/> 적용가능한 규정상 사전 신청이 요구되지 않았음 <i>Advance application not required under applicable rules</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타(아래에 기술하십시오) <i>Fairness(WADA and [IF/NADO] approval required</i></p> <p>_____</p>
--	---

6. 이전 신청여부 Previous Application

본인은 과거에 TUE를 신청한 적이 있다. 예 ☐ 아니오 ☐
Have you submitted any previous TUE application(s)? Yes No

당시 신청약물 또는 투여방법 For which substance or method?: _____

TUE 신청서 제출기관 To whom?: _____ TUE 신청일 When?: _____

판결 결과 Decision: 승인 Approved ☐ 불승인 Not approved ☐

7. 선수 선서 Athlete's Declaration

본인, _____은(는) 1, 5, 6항목에 서술한 내용이 사실임을 확인한다. 본인은 본인의 의학정보가 세계도핑방지규약(이하 "규약") 및/또는 치료목적사용면책 국제표준에 따라 도핑방지기구, 세계도핑방지기구(WADA)에서 승인한 담당자, WADA치료목적사용면책위원회(TUEC) 및 기타 이 정보에 대한 권리를 가질 수 있는 도핑방지기구 치료목적사용면책위원회 및 승인된 담당자에게 제공되는 것을 허락한다. 이러한 사람들은 업무상 혹은 계약상의 기밀유지 의무를 가진다.

본인은 본인의 주치의가 본인의 정보를 위 언급된 기관 및 담당자에게 공개하여 본인의 TUE 신청 고려 및 결정에 사용하는 것을 동의한다.

본인은 본인의 정보가 치료목적사용면책 신청심사와 잠재적 도핑방지규정 위반에 대해 조사 및 절차의 맥락에서만 사용될 것임을 이해하고 있다. (1) 본인의 건강 정보가 사용되는 것에 대해 더 많은 정보를 얻고 싶거나, (2) 접근, 정정, 제한, 반대, 삭제 등에 대한 권리를 행사하고 싶거나, 또는 (3) 이러한 기구가 본인의 의학 정보를 획득하는 권리를 철회하고 싶다면, 담당 의사와 도핑방지기구에 그 사실을 서면으로 통보해야 한다는 것을 이해하고 있다.

본인은 본인의 동의를 철회하기 이전, 세계도핑방지규약, 국제표준이나 국가의 도핑방지법에서 요구하는 경우, 또는 본인, WADA 및/또는 ADO 잠재적 도핑방지규정 위반의 입증 용도로 사전에 제출된 치료목적사용면책 관련 정보가 유지되는 것이 필요하다는 사실을 이해하고 동의한다.

본인은 이 신청서에 대한 판정이 모든 ADO, 본인에 대한 검사권한, 결과관리권한을 가진 모든 도핑방지 기구에서 내려질 수 있음을 동의한다.

본인은 개인정보 및 신청과 관련된 결정을 수령하는 자가 본인의 거주국 외에 위치할 수 있으며, 타 국가의 정보 보호/사생활 보호 관련법이 본인의 거주국과 다를 수 있음을 이해하고 동의한다.

본인은 본인의 정보가 WADA가 운영하는 캐나다 서버에 기반을 둔 ADAMS 프로그램에 저장되는 것에 동의한다. WADA의 사생활 및 개인정보보호 국제표준 (ISPPPI)에서 명시한 기간 동안 보유되는 것에 동의한다.

본인은 본인의 개인정보가 이러한 동의사항과 ISPPPI에 따라 사용되지 않는다고 판단되는 경우, WADA (privacy@wada-ama.org) 또는 본인의 국가에서 개인정보 보호를 담당하는 국가규제기관에 항의를 제기할 수 있다.

본인은 위에 언급된 기관들이 국가 도핑방지법이나 지방 법원, 사법기관 또는 기타 공공기관에 정보를 공개할 것을 요구할 수 있는 그 밖의 적용가능한 법으로 인하여 본인의 동의를 무효로 하는 대상이 될 수 있다는 것을 이해한다. 본인은 본인의 국제경기연맹 혹은 국가도핑방지기구로부터 국가도핑방지법령에 대한 추가적인 정보를 얻을 수 있다.

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 use dinconformity with this consent and the ISPPPI, 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.

<치료목적사용면책 신청시 개인정보 수집 · 이용의 동의> ☐ 동의 ☐ 비동의

개인정보의 수집·이용 목적	TUE(치료목적사용면책) 신청 및 심사
수집하려는 개인정보의 항목	성명(국·영문), 성별, 생년월일, 주소, 전화번호, 이메일, 종목, 소속, 의료정보, 세부진료내용, 담당의사 정보(성명, 주소, 전화, 팩스, 이메일), 선수대리인 성명
개인정보의 보유 및 이용 기간	· TUE 판정서: 10년 보관 · 의료기록: TUE 만료일로부터 18개월 보관
동의를 거부할 권리 및 불이익	개인정보 수집 · 이용 동의에 대하여 거부할 권리가 있으며, 거부시 TUE신청이 불가합니다.

<제3자 개인정보 제공에 대한 동의사항> ☐ 동의 ☐ 비동의

제공받는 자	세계도핑방지기구, 국제경기연맹, 주요경기단체
제공받는 자의 개인정보 이용 목적	TUE(치료목적사용면책) 신청 및 심사
제공하는 개인정보 항목	성명(국·영문), 성별, 생년월일, 주소, 전화번호, 이메일, 종목, 소속, 의료정보, 세부진료내용, 담당의사 정보(성명, 주소, 전화, 팩스, 이메일), 선수대리인 성명
보유 및 이용 기간	· TUE 판정서: 10년 보관 · 의료기록: TUE 만료일로부터 18개월 보관
동의를 거부할 권리 및 불이익	개인정보 수집 · 이용 동의에 대하여 거부할 권리가 있으며, 거부시 TUE신청이 불가합니다.

<치료목적사용면책 신청시 민감정보 수집 · 이용의 동의사항> ☐ 동의 ☐ 비동의

민감정보의 수집·이용 목적	TUE(치료목적사용면책) 신청 및 심사
수집하려는 민감정보의 항목	의료정보, 세부진료내용
민감정보의 보유 및 이용 기간	TUE 만료일로부터 18개월 보관
동의를 거부할 권리 및 불이익	민감정보 수집 · 이용 동의에 대하여 거부할 권리가 있으며, 거부시 TUE신청이 불가합니다.

선수 서명(Athlete's signature)

날짜(Date)

부모/보호자 서명(Parent's/Guardian's signature)

날짜(Date)

※ 선수가 미성년자이거나 장애로 인하여 서명이 불가능 할 경우, 부모 또는 보호자가 선수와 함께 또는 선수를 대신하여 서명할 수 있다. *If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.*

완성된 신청서는 **한국도핑방지위원회에 TUE 온라인 프로그램, 우편, 이메일 또는 팩스를 통해 제출하며, 사본을 반드시 보관**하시오. *Please submit the completed form to KADA by the following means (keeping a copy for your records): Mail, E-mail, or FAX*