



Saudi Arabian Anti Doping Committee Therapeutic Use Exemptions (TUE)

اللجنة السعودية للرقابة على المنشطات
Saudi Arabian Anti Doping Committee

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1,5, 6 and 7; physician 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.

يرجى تعبئة جميع أجزاء النموذج باللغة الإنكليزية وبأحرف كبيرة وواضحة أو مطبوعة. على الرياضيين تعبئة الأجزاء ١, ٥, ٦, ٧. أما بالنسبة للأطباء فيتوجب عليهم تكملة الأجزاء ٢, ٣, ٤. سوف يتم إعادة أي طلب غير مكتمل أو تصعب قراءته حيث يتوجب إعادة صياغته بطريقة كاملة ومقروءة.

1. Athlete Information

١ - بيانات الرياضي

اسم العائلة Surname:	_____	الأسم الأول Given Names:	_____
أنثى Female	<input type="checkbox"/>	ذكر Male	<input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): Date of Birth (d/m/y): _____			
العنوان Address	_____		
المدنية City	الدولة Country	الرمز البريدي Postcode	_____
الهاتف Tel	البريد الإلكتروني Email	_____	
(مع رمز الدولة) (with International code)			
الرياضة Sport	نوعها / مركز الرياضي فيها Discipline/Position	_____	
المنظمة الرياضية الوطنية أو الدولية International or National Sport Organization			

إذا كنت رياضياً مصاباً بإعاقة ما، فيرجى تحديد ماهية هذه الإعاقة If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment:			

2. Medical information (continue on separate sheet if necessary)

التشخيص Diagnosis
إذا كان القصد من صرف الدواء المسموح به هو استخدامه لعلاج حالة طبية, فيرجى تحديد الأسباب السريرية الموجبة لطلب استخدام العقار المحظور. If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

Note	<p>Diagnosis</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>التشخيص:</p> <p>يجب إرفاق ما يثبت صحة التشخيص مع هذا الطلب, والذي يجب أن يتضمن معلومات مفصلة وشاملة عن تاريخ الحالة الطبية, ونتائج الفحوصات ذات الصلة, إضافة إلى جميع الاستقصاءات المخبرية والشعاعية. كذلك يجب إرفاق نسخاً من التقارير أو الخطابات الأصلية حيثما أمكن. كذلك يجب أن يكون هذا الإثبات موضوعياً قدر الإمكان في الظروف السريرية, أما في حال وجود حالات لا يمكن إثباتها, فمن الممكن الاستعانة برأي طبي مستقل لدعم هذا الطلب.</p>
ملاحظات	<p>وقد قامت الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات بوضع سلسلة من الإرشادات والتوجيهات للأطباء لمساعدتهم في إنهاء طلبات الاستثناء للأغراض العلاجية على نحو شامل. وقد أتاحت الوكالة الدولية للأطباء إمكانية الوصول إلى هذه الإرشادات والتوجيهات عن طريق إدخال عبارة "Medical Information" في محرك البحث الخاص بموقعها على الشبكة العنكبوتية: https://www.wada-ama.org. وتتحدث هذه الإرشادات عن تشخيص وعلاج عدد من الحالات الطبية التي تؤثر عادة في الرياضيين والتي يحتاج علاجها إلى تناول مواد محظورة.</p>

3. Medication details

٣- تفاصيل الأدوية

المادة (المواد) المحظورة الإسم العلمي Prohibited Substance(s): Generic name	الجرعة Dosage	طرق الاستخدام Route of Administration	عدد مرات الاستخدام Frequency	مدة العلاج Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

4. Medical practitioner's declaration

٤- تصريح الطبيب

أقر أن المعلومات الواردة أعلاه في الجزأين (٢) و (٣) صحيحة , و يعتبر العلاج المذكور آنفاً مناسباً طبياً.

I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

الأسم
Name

التخصص الطبي
Medical specialty

العنوان
Address

الهاتف
Tel

الفاكس
Fax

البريد الإلكتروني
E-mail

توقيع الطبيب
Signature of Medical Practitioner

التاريخ
Date

5. Retroactive applications

٥- الطلبات بإثر رجعي

<p>هل يعتبر هذا الطلب بإثر رجعي</p> <p>Is this a retroactive application?</p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p> <p>Yes</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>No</p> <p>إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيرجى تحديد تاريخ بداية العلاج؟</p> <p>If yes, on what date was treatment started?</p> <p>_____</p> <p>—</p>	<p>Please choose one: يرجى اختيار واحداً من التالي</p> <p>كان من الضروري تقديم العلاج لحالة إسعافية أو حالة طبية حادة</p> <p><input type="checkbox"/> Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</p> <p>لم يكن هناك متسع من الوقت أو الفرصة الكافية لتقديم الطلب قبل عملية جمع العينات وذلك نظراً لوجود بعض الظروف الاستثنائية</p> <p><input type="checkbox"/> Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</p> <p>لم تكن هناك حاجة لتقديم الطلب بشكل مسبق وذلك وفقاً للأحكام المعمول بها</p> <p><input type="checkbox"/> Advance application not required under applicable rules</p> <p><input type="checkbox"/> (مطلوب موافقة الوكالة العالمية والاتحاد الدولي/ المنظمة الوطنية لمكافحة المنشطات) Fairness (WADA and IIF/NADO) approval required</p> <p>Please explain الرجاء توضيح ذلك</p> <p>_____</p> <p>—</p> <p>_____</p> <p>—</p>
---	---

6. Previous applications

٦- طلبات سابقة

<p>هل سبق وأن تقدمت بطلب للحصول على استثناء للأغراض العلاجية؟</p> <p>Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?</p>	
<p>نعم <input type="checkbox"/></p> <p>Yes</p>	<p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>No</p>
<p>عن أية مادة أو طريقة محظورة؟</p> <p>For which substance or method?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>إلى أي جهة؟</p> <p>To whom?</p> <p>القرار <input type="checkbox"/></p> <p>Decision</p>	<p>متى؟</p> <p>When?</p> <p>بالرفض <input type="checkbox"/></p> <p>Not Approved</p>
<p>بالموافقة <input type="checkbox"/></p> <p>Approved</p>	

7. Athlete's declaration

٧- تصريح الرياضي

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 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.

Athlete's signature: _____ **Date:** _____
Parent's/Guardian's signature: _____ **Date:** _____

(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)

أقر أنا، _____، أن جميع البيانات الواردة آنفاً في الأجزاء (١)، (٥)، و(٦) صحيحة. واني أسمح بإرسال البيانات الشخصية الطبية إلى اللجنة السعودية للرقابة على المنشطات وكذلك إلى الأشخاص المفوضين في الوكالة الدولية لمكافحة المنشطات، وإلى لجنة الاستثناءات للأغراض العلاجية التابعة للوكالة الدولية لمكافحة المنشطات، وإلى باقي لجان الاستثناءات للأغراض العلاجية التابعة لمنظمات مكافحة المنشطات والأشخاص المخولين بالإطلاع على هذه البيانات بموجب اللائحة الدولية لمكافحة المنشطات و/أو المعيار الدولي للاستثناءات للأغراض العلاجية. ويكون هؤلاء الأشخاص ملزمين بالحفاظ على سرية البيانات من خلال الالتزام المهني أو التعاقد.

كذلك أوافق على السماح لطبيبي (لأطباي) بإرسال أية معلومات صحية يرؤنها ضرورية إلى الأشخاص الأنفي الذكر وذلك لدراسة طبي والبنت فيه.

وإنني أدرك أنه سيتم استخدام بياناتي بغرض تقييم طلب الاستثناء للأغراض العلاجية الخاص بي، وفي إطار الإجراءات والتحقيقات المتعلقة باحتمال وقوع انتهاك لقواعد مكافحة المنشطات. كما أنني أدرك أنه يتوجب علي أن أقوم بإبلاغ طبيبي واللجنة السعودية للرقابة على المنشطات خطياً في حال رغبتني (١) بالحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية استخدام بياناتي الشخصية؛ (٢) أو بممارسة أي من حقوقتي المكتسبة مثل حق الوصول إلى هذه المعلومات أو تصحيحها، أو تقييدها أو معارضتها، أو حذفها؛ (٣) أو بإلغاء حق تلك المنظمات في الحصول على بياناتي الصحية.

إنني أتفهم وأوافق على ضرورة الاحتفاظ بالبيانات المتعلقة بالاستثناء للأغراض العلاجية والتي تم تقديمها قبل إلغاء موافقتي عليها، وذلك لغرض إجراء التحقيقات والإجراءات التي تتمحور حول انتهاك محتمل لقواعد مكافحة المنشطات، والذي هو من متطلبات اللائحة العالمية لمكافحة المنشطات أو المعايير الدولية أو الأنظمة الوطنية لمكافحة المنشطات، أو ضمن إجراءات إقامة أية دعوى قانونية أو إجراءات الدفاع ضمنها حيث أكون طرفاً فيها وكذلك الوكالة العالمية لمكافحة المنشطات و/أو منظمة مكافحة المنشطات.

كما أؤدي موافقتي على إتاحة القرار الصادر بخصوص هذا الطلب لجميع منظمات مكافحة المنشطات أو أية منظمات أخرى أخضع لها وتمتع بصلاحيات إجراء عمليات الكشف عن المنشطات و/أو إدارة النتائج.

إضافة إلى ذلك، فإنني أدرك وأوافق على أنه من الممكن أن يتواجد مستلمو البيانات المتعلقة بي وبالقرار الصادر بخصوص هذا الطلب خارج الدولة التي أقيم فيها. وقد لا تترقي القوانين الخاصة بحماية البيانات والخصوصية في بعض هذه البلدان لتلك الموجودة في بلدي.

كما أدرك أنه من الممكن أن يتم تخزين بياناتي في نظام إدارة برامج مكافحة المنشطات الذي تستضيفه الوكالة العالمية لمكافحة المنشطات (WADA) على خوادمها في كندا، ويتم الاحتفاظ بهذه البيانات طوال المدة المحددة في معيار الوكالة العالمية لحماية الخصوصية والمعلومات الشخصية (ISPPPI).

كما أدرك أنه في حال شعرت بعدم استخدام بياناتي الشخصية بما يتوافق مع هذه الموافقة، ومع المعيار الدولي لحماية الخصوصية والبيانات الشخصية، فإنه يمكنني تقديم شكوى إلى الوكالة العالمية لمكافحة المنشطات: (privacy@wada-ama.org)، أو إلى الهيئة القانونية الوطنية المسؤولة عن حماية البيانات في بلدي.

وأخيراً فإنني أدرك على أن الهيئات المذكورة أعلاه قد تلتزم وتعتمد على قوانين وطنية لمكافحة المنشطات من شأنها أن تلغي موافقتي أو على قوانين أخرى معمول بها والتي قد تتطلب معلومات يجب الكشف عنها للمحاكم المحلية أو أجهزة تطبيق القانون أو غيرها من السلطات العامة. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات حول القوانين الوطنية لمكافحة المنشطات من الاتحاد الدولي أو الوكالة الوطنية لمكافحة المنشطات.

توقيع الرياضي: _____ التاريخ: _____

توقيع الوالدين / الأوصياء: _____ التاريخ: _____

(إذا كان الرياضي قاصراً أو أنه يعاني من إعاقة تمنعه من التوقيع على هذا النموذج، فيمكن للوالدين أو الأوصياء عليه أن يقوموا بذلك نيابة عنه)

Please submit the completed form to info@saadc.org & tuec@saadc.org

by the following means (keeping a copy for your records):