



اللجنة السعودية للرقابة على المنشطات
Saudi Arabian Anti Doping Committee

اللجنة السعودية للرقابة على المنشطات Saudi Anti-Doping Committee

نموذج الاستثناء للأغراض العلاجية Therapeutic Use Exemption Form

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1,2, 3 and 7; Physician to complete sections 4, 5 and 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

يرجى إكمال جميع الأقسام بخط واضح أو طباعةً على الكمبيوتر. يتوجب على الرياضي إكمال الأقسام (1) و(2) و(3) و(7)؛ وعلى الطبيب استكمال الأقسام (4) و(5) و(6). سيتم رفض الطلبات غير المقروءة أو غير المكتملة ويتوجب إعادة تقديمها بشكل مقروء وكامل.

Section (1) Athlete Information

القسم (1) بيانات الرياضي

Surname/ الأسم الأول		Last name / اسم العائلة	
Male / ذكر <input type="checkbox"/>	Female/ أنثى <input type="checkbox"/>	Date of Birth (dd/mm/yyyy) تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	/ /
Athlete's No. رقم الرياضي		Athlete's ID رقم هوية الرياضي	
Address العنوان			
City المدينة		Country الدولة	
Tel. الهاتف		E-mail البريد الإلكتروني	
Sport الرياضة		Discipline/ Position نوع الرياضة/ مركز الرياضي فيها	

Section (2) Previous Applications

القسم (2) طلبات استثناء علاجي سابقة

Have you submitted any previous TUE application(s)? هل سبق وتقدمتم بطلب (طلبات) للحصول على إعفاء للأغراض العلاجية؟	Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/>	
For which substance(s) or method(s)? عن أي من المواد أو الطرق المحظورة؟			
To whom? (الى أية جهة؟)		When? (تاريخ التقديم)	
Decision (القرار المتخذ)	Approved (بالموافقة) <input type="checkbox"/>	Not approved (بالرفض) <input type="checkbox"/>	

Is this a retroactive application?

هل يعتبر هذا الطلب ذا أثر رجعي؟

Yes

نعم

No

لا

If yes, on what date was the treatment started?

في حال كانت الإجابة بـ "نعم"، فيرجى تحديد تاريخ بداية العلاج؟

Do any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE)

هل تنطبق عليك أي من الاستثناءات التالية؟ (المادة 4-1 من المعيار الدولي لاستثناءات الأغراض العلاجية)

<input type="checkbox"/> 4.1 (a)	You required emergency or urgent treatment of a medical condition. كنت بحاجة إلى علاج طارئ أو عاجل لحالة طبية اسعافية
<input type="checkbox"/> 4.1 (b)	There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested. لم يكن لديك الوقت الكافي لتقديم الطلب، أو كانت هناك ظروف استثنائية منعتك من تقديمه أو تقييمه قبل الخضوع لعملية جمع العينات.
<input type="checkbox"/> 4.1 (c)	You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per the Saudi Anti-Doping Committee anti-doping rules. لم يكن مسموحاً لك التقدم مسبقاً بطلب للحصول على استثناء TUE وفقاً لقواعد مكافحة المنشطات للجنة السعودية للرقابة على المنشطات
<input type="checkbox"/> 4.1 (d)	You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or National Anti-Doping Organization and were tested. إنك رياضي وطني هاو ولا تخضع لأي اتحاد دولي أو منظمة وطنية لمكافحة المنشطات وخضعت لفحوصات الكشف عن المنشطات
<input type="checkbox"/> 4.1 (e)	You tested positive after using a substance Out-of-Competition that was only prohibited In-Competition, e.g., S9 glucocorticoids (See Prohibited List) أظهرت نتائج فحوصات العينة خاصتك نتيجة إيجابية لوجود مادة محظورة داخل المنافسة وكنت تستخدمها خارج المنافسة فقط مثل، الفئة S9 الهرمونات القشرية السكرية (الجلايكورتيكويد) ، للاطلاع على قائمة المحظورات (Prohibited List)

Please explain (if necessary, attach further documents) (أرفق المزيد من المستندات) يرجى التوضيح (إذا لزم الأمر، أرفق المزيد من المستندات)

Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3)

طلبات أخرى ذات أثر رجعي طبقاً للمادة 4-3 من المعيار الدولي لاستثناءات الأغراض العلاجية (ISTUE)

In rare and exceptional circumstances notwithstanding any other provision in the ISTUE, an Athlete may apply for and be granted retroactive approval for their TUE if, considering the purpose of the Code, it would be manifestly unfair not to grant a retroactive TUE.

In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

في ظروف نادرة واستثنائية، وبصرف النظر عن أية أحكام أخرى في المعيار الدولي لاستثناءات الأغراض العلاجية ISTUE، يجوز للرياضي التقدم بطلب للحصول على موافقة بأثر رجعي على استثناء للأغراض العلاجية، إذا تم الأخذ بعين الاعتبار الغرض من اللائحة العالمية لمكافحة المنشطات في سيكون من المجحف بحق الرياضي عدم منحه موافقة على طلب الاستثناء TUE بأثر رجعي. من أجل تقديم الطلب بموجب المادة 4-3، يرجى توضيح الأسباب الكاملة وإرفاق جميع الوثائق الداعمة اللازمة لهذا الطلب.

Physician to complete sections 4, 5 and 6.

يجب على الطبيب استكمال الأقسام (4) و(5) و(6)

Section (4) Medical information (please attach relevant medical documentation)

القسم (4) البيانات الطبية
(يرجى إرفاق الوثائق الطبية المتعلقة بالحالة)

Diagnosis

Please use the WHO ICD 11 classification if possible

التشخيص

يرجى استخدام تصنيف منظمة الصحة العالمية WHO ICD 11 إن أمكن

Section (5) Medication details

القسم (5) تفاصيل الأدوية

Evidence confirming the diagnosis must 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. In addition, a short summary that includes the diagnosis, key elements of the clinical exams, medical tests and the treatment plan would be helpful.

يجب إرفاق ما يثبت صحة التشخيص مع هذا الطلب، ويجب أن تتضمن المعلومات الطبية بيانات طبية مفصلة وشاملة عن تاريخ الحالة الطبية ونتائج الفحوصات ذات الصلة، وجميع التحاليل وصور الأشعة وكذلك يجب إرفاق نسخا من التقارير أو الخطابات الأصلية حيثما أمكن، بالإضافة إلى ذلك سيكون من المفيد الحصول على ملخص موجز يتضمن التشخيص والعناصر الأساسية للفحوصات السريرية والطبية والخطة العلاجية

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

إذا كان من الممكن استخدام دواء غير محظور لعلاج الحالة الطبية، فيرجى تقديم الأسباب التي تبرر طلب الاستثناء لاستخدام الدواء المحظور.

WADA maintains a series of TUE Checklists to assist athletes and physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These can be accessed by entering the search term "Checklist" on the WADA website:

<https://www.wada-ama.org/en/search?q=Check+list+>

تحتفظ الوكالة العالمية "WADA" بسلسلة من قوائم مرجعية خاصة باستثناءات الاستخدام العلاجي TUE لمساعدة الرياضيين والأطباء في إعداد الطلب على نحو كامل وشامل. يمكن الوصول إليها عن طريق إدخال مصطلح البحث "Checklist" على موقع الـ "WADA"

<https://www.wada-ama.org/en/search?q=Check+list+>

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

I certify that the information in sections 4, 5 and 6 is accurate. I acknowledge and agree that my personal information may be used by Anti-Doping Organization(s) (ADO) to contact me regarding this TUE application, to verify the professional assessment in connection with the TUE process, or in connection with Anti-Doping Rule Violation investigations or proceedings. I further acknowledge and agree that my personal information will be uploaded to the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) for these purposes (for more details see saadc's TUE Privacy Policy: <https://saadc.com/wp-content/uploads/2024/01/TUE-Privacy-Policy.pdf> And ADAMS Privacy Policy: <https://adams-help.wada-ama.org/hc/en-us/categories/360001964873-ADAMS-Privacy-and-Security>).

أؤكد أن المعلومات الواردة في الأقسام (4) و(5) و(6) أعلاه هي معلومات دقيقة. وإني أقر وأوافق على أنه يجوز استخدام معلوماتي الشخصية من قبل المنظمة (منظمات) مكافحة المنشطات للاتصال بي بخصوص هذا الطلب المتعلق بالاستثناء للعلاجي TUE، وذلك للتحقق من التقييم المهني الخاص بالإجراءات المتعلقة بطلب الاستثناء العلاجي TUE، أو فيما يخص بالتحقيقات حول انتهاكات أنظمة الرقابة على المنشطات أو بإجراءاتها القضائية. كما أقر وأوافق على أنه سيتم تحميل معلوماتي الشخصية ضمن نظام إدارة مكافحة المنشطات (ADAMS) لهذه الأغراض (لمزيد من التفاصيل يمكن مراجعة سياسة الخصوصية الخاصة بالاستثناء العلاجي للجنة السعودية للرقابة على المنشطات :

https://saadc.com/?page_id=8692&lang=en

سياسة الخصوصية الخاصة ببرنامج (ADAMS) :

(<https://adams-help.wada-ama.org/hc/en-us/categories/360001964873-ADAMS-Privacy-and-Security>).

Name/ الاسم

Medical Specialty
التخصص الطبي

License number
رقم الترخيص الطبي

License Body
الجهة التي أصدرت الترخيص

Address
العنوان

City
المدينة

Country
الدولة

Postcode
الرمز البريدي

Fax
الفاكس

Tel.
الهاتف

E-mail
البريد الالكتروني

Signature of Medical
Practitioner
توقيع الممارس الصحي (الطبيب)

Date
التاريخ

I, , certify that the information set out at sections 1, 2, 3 and 7 is accurate and complete.

I authorize my physician(s) to release the medical information and records that they deem necessary to evaluate the merits of my TUE application to the following recipients: the Anti-Doping Organization(s) (ADO) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize my TUE; the World Anti-Doping Agency (WADA), who is responsible for ensuring determinations made by ADOs respect the ISTUE; the physicians who are members of relevant ADO(s) and WADA TUE Committees (TUECs) who may need to review my application in accordance with the World Anti-Doping Code and International Standards; and, if needed to assess my application, other independent medical, scientific or legal experts.

I further authorize the Saudi Arabian Anti-Doping Committee to release my complete TUE application, including supporting medical information and records, to other ADO(s) and WADA for the reasons described above, and I understand that these recipients may also need to provide my complete application to their TUEC members and relevant experts to assess my application

I have read and understood the TUE Privacy Notice (below) explaining how my personal information will be processed in connection with my TUE application, and I accept its terms.

Athlete's signature: _____

Date: _____

Parent's/ Guardian's signature: _____

Date: _____

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing them from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

أقر أنا، _____، أن جميع البيانات الواردة آنفاً في الأجزاء (1)، (2)، و(3) صحيحة.

أسمح لطبيبي (أطبائي) بمشاركة بياناتي ومعلوماتي الطبية والتي يرونها ضرورية لتقييم مزايا طلب الاستثناء للأعراض العلاجية TUE الخاص بي مع الجهات التالية: منظمة (منظمات) مكافحة المنشطات (ADO) المسؤولة عن اتخاذ قرار منح، أو رفض أو الاعتراف بطلبي للاستثناء العلاجي TUE؛ والوكالة العالمية لمكافحة المنشطات (WADA)، المسؤولة عن ضمان احترام القرارات التي تتخذها منظمات مكافحة المنشطات للمعيار الدولي لاستثناءات الأعراض العلاجية ISTUE، والأطباء الأعضاء في لجان مكافحة المنشطات ولجان الوكالة العالمية لاستثناءات الأعراض العلاجية التي قد تحتاج إلى مراجعة طلبي وفقاً للجنة العالمية لمكافحة المنشطات والمعايير الدولية؛ وكذلك أي خبراء مستقلون في الطب والعلوم والقانون إذا لزم الأمر من أجل تقييم طلبي.

كذلك، فأني أفوض اللجنة السعودية للرقابة على المنشطات بإرسال طلب الاستثناء للاستخدام العلاجي الخاص بي TUE كاملاً، بما في ذلك المعلومات والسجلات الطبية الداعمة، إلى منظمة (منظمات) مكافحة المنشطات الأخرى والوكالة العالمية لمكافحة المنشطات للأسباب الموضحة أعلاه، وأدرك أن تلك الجهات قد تحتاج أيضاً إلى تقديم طلبي الكامل إلى أعضاء لجان الاستثناء للأعراض العلاجية الخاصة بهم TUEC والخبراء ذوي الصلة من أجل تقييم طلبي.

لقد قرأت وفهمت إشعار الخصوصية الخاص بالاستثناء للأعراض العلاجية TUE (أدناه) والذي يوضح الطريقة التي تتم بها معالجة معلوماتي الشخصية الخاص بطلب الاستثناء للأعراض العلاجية TUE الخاص بي، وأنا أوافق على شروطه.

توقيع الرياضي: _____

التاريخ: _____

توقيع الوالدين / الأوصياء: _____

التاريخ: _____

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