

ΗΜΕΡΙΔΑ:

*Ισχυρή Συμμαχία κατά του Ντόπινγκ στο Ποδόσφαιρο
Θεσσαλονίκη, 04-09-2007*



**Κατ' Εξαίρεση Χρήση
Απαγορευμένων Ουσιών για
Θεραπευτικούς Σκοπούς
Therapeutic Use Exception
(TUEs)**

*Δρ Χαρά Σπηλιοπούλου
Πρόεδρος Ε.Σ.ΚΑ.Ν.*

Θεμελίωση

- Ένας αθλητής μπορεί να ζητήσει την κατ' εξαίρεση χρήση απαγορευμένων ουσιών/μεθόδων για θεραπευτικούς σκοπούς, όταν αποδεδειγμένα το απαιτεί μια παθολογική κατάσταση.

(Παγκόσμιος Κώδικας Αντι-Ντόπινγκ, εδάφιο 4.4)

- Η διαδικασία περιγράφεται στο Διεθνές Πρότυπο για την κατ' Εξαίρεση Χρήση για Θεραπευτικούς Σκοπούς (Δεσμευτικό Κείμενο Παγκοσμίου Προγράμματος Αντι-Ντόπινγκ, Επιπέδου 2)

http://www.wada-ama.org/rtecontent/document/international_standard.pdf



Κριτήρια Έγκρισης Κατ' Εξαίρεση Χρήσης για Θεραπευτικούς Σκοπούς (TUEs) 1

- Ο αθλητής υποχρεούται να υποβάλει το αίτημα το αργότερο 21 ημέρες πριν τη συμμετοχή του σε αγώνες.
- Η απαγόρευση της χρήσης της απαγορευμένης ουσίας/μεθόδου θα έχει ως συνέπεια σημαντικές βλάβες στην υγεία του αθλητή.
- Η χρήση της απαγορευμένης ουσίας/μεθόδου δεν θα προκαλέσει επιπρόσθετη βελτίωση της απόδοσης πέραν της αναμενόμενης από την επιστροφή σε υγιή κατάσταση.
- Δεν υπάρχει άλλο, εναλλακτικό θεραπευτικό σχήμα.

Κριτήρια Έγκρισης Κατ' Εξαίρεση Χρήσης για Θεραπευτικούς Σκοπούς (TUEs) 2

- Η ανάγκη χρήσης της απαγορευμένης ουσίας/μεθόδου δεν προκύπτει ως συνέπεια προηγούμενης χρήσης απαγορευμένης ουσίας/μεθόδου.
- Το αίτημα δεν μπορεί να έχει αναδρομική ισχύ εκτός εάν
 - ήταν αναγκαία επείγουσα θεραπευτική αντιμετώπιση
 - δεν υπήρχε χρόνος για την υποβολή ή την εξέταση

Επιτροπές ΤΥΕs

- Αποτελούνται από Ιατρούς με εξειδίκευση στο αντικείμενο (αθλητιατρική, κακώσεις κλπ.)
- Η πλειοψηφία των μελών τους πρέπει να είναι ανεξάρτητη του Οργανισμού Αντι-Ντόπινγκ.
- Ε.Σ.ΚΑ.Ν.: τριμελής επιτροπή (καρδιολόγος, ορθοπαιδικός, πνευμονολόγος)

Διαδικασία Υποβολής Αίτησης για ΤΥΕ

- Υποβάλλεται ορθά συμπληρωμένο έντυπο που συνοδεύεται από το απαιτούμενο «υποστηρικτικό» υλικό
- Η αίτηση δεν μπορεί να υποβληθεί ταυτόχρονα σε περισσότερους του ενός Οργανισμούς Αντι-Ντόπινγκ.
- Η αίτηση πρέπει να αναφέρει πιθανές προηγούμενες αιτήσεις
 - Ουσία/Μέθοδος
 - Οργανισμός Αντι-Ντόπινγκ
 - Απόφαση

Διαδικασία Υποβολής Αίτησης για ΤΥΕ

(συνέχεια)

- Η αίτηση πρέπει να περιλαμβάνει:
 - Άθλημα, αγώνισμα, θέση
 - Ιατρικό ιστορικό, αποτελέσματα εξετάσεων (κλινικών, εργαστηριακών, απεικονιστικών)
 - Δήλωση Ιατρού για ανάγκη χρήσης Απαγορευμένης Ουσίας/Μεθόδου και αδυναμία εναλλακτικού θεραπευτικού σχήματος με επιτρεπόμενες Ουσίες/Μεθόδους
 - Δοσολογία, Συχνότητα, Οδό, Διάρκεια Χορήγησης

Υποβολή Αιτήσεων*

Παίκτες	Αίτηση προς	Περίοδος	Αίτηση από
Εθνικού επιπέδου, συμμετέχοντες σε διοργανώσεις εθνικού επιπέδου και μόνο (ισχύει επίσης για φιλικά παιχνίδια στο εξωτερικό)	Ε.Σ.ΚΑ.Ν.	Καθ' όλη τη διάρκεια διοργανώσεων εθνικού επιπέδου	Παίκτη και ιατρό συλλόγου

* Σύμφωνα με το υπ' αριθ. 020/23.04.2007 έγγραφο της UEFA



Υποβολή Αιτήσεων (συνέχεια)

Παίκτες	Αίτηση προς	Περίοδος	Αίτηση από
Διεθνούς επιπέδου, κληθέντες από την Ε.Π.Ο. να συμμετάσχουν σε διοργανώσεις της UEFA για εθνικές ομάδες και διεθνείς φιλικούς αγώνες	UEFA	Συμμετοχή στις υποχρεώσεις της εθνικής ομάδας (από τη στιγμή της άφιξης για προετοιμασία πριν από αγώνα μέχρι την αναχώρηση μετά τον αγώνα)	Παίκτη και ιατρό εθνικής ομάδας

Υποβολή Αιτήσεων (συνέχεια)

Παίκτες	Αίτηση προς	Περίοδος	Αίτηση από
Διεθνούς επιπέδου, συμμετέχοντες σε διοργανώσεις της UEFA για συλλόγους	UEFA	Συμμετοχή της ομάδας σε διοργανώσεις της UEFA για συλλόγους (από τη στιγμή που ο σύλλογος δεν εμπλέκεται πλέον σε διοργανώσεις της UEFA, οι αιτήσεις υποβάλλονται στο Ε.Σ.ΚΑ.Ν.)	Παίκτη και ιατρό συλλόγου


Υποβολή Αιτήσεων (συνέχεια)

Παίκτες	Αίτηση προς	Περίοδος	Αίτηση από
Διεθνούς επιπέδου, κληθέντες από την Ε.Π.Ο. να συμμετάσχουν σε διοργανώσεις της FIFA (π.χ. Τελικά Παγκοσμίου Κυπέλλου)	FIFA	Συμμετοχή στις υποχρεώσεις της εθνικής ομάδας (από τη στιγμή της άφιξης για προετοιμασία πριν από αγώνα μέχρι την αναχώρηση μετά τον αγώνα)	Παίκτη και ιατρό εθνικής ομάδας

Συνοπτική διαδικασία TUE (aTUE)

- Συνοπτική διαδικασία έγκρισης (abbreviated TUEs)
 - Ορισμένες ουσίες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία καταστάσεων που απαντώνται συχνά στους αθλητές
 - Για τις ουσίες αυτές αρκεί η αποστολή του αιτήματος προς έγκριση
 - Περιορίζονται αυστηρά στις:
 - Φάρμακα για το άσθμα (φορμοτερόλη, σαλβουταμόλη, σαλμετερόλη, τερβουταλίνη)
 - Γλυκοκορτικοστεροειδή δι' εισπνοής ή χορηγούμενα με ενδοαρθρικές, περιαρθρικές, περιτενόντιες, επισκληρίδιες, ενδοδερμικές ενέσεις

Έντυπο Αίτησης ΤΥΕ – Συνοπτική Διαδικασία



Αριθμός Αίτησης:
Συμπληρώνεται από το Ε.Σ.ΚΑ.Ν
(Application Number:
(To be completed by HNCCD))

Συνοπτική Διαδικασία
Κατ' Εξαίρεση Χρήση Απαγορευμένης/ων Ουσίας/ών
για Θεραπευτικούς Σκοπούς - σΕΧΘΣ
(ABBREVIATED THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS - ATUE)

β-2 αγωνιστές δι' εισπνοής Π (beta-2 agonists by inhalation)	Γλυκοκορτικοστεροειδή από μη Π συστηματικές οδούς* (Glucocorticosteroids by non-systemic routes)
--	--

* Όλες οι οδοί εκτός από του στόματος, του ορθού, ενδοφλέβιας, ενδομυϊκής. Δεν απαιτείται ΕΧΘΣ για γλυκοκορτικοστεροειδή για δερματολογική χρήση (All routes other than orally, rectally, intravenously and intramuscularly. Dermatological glucocorticosteroids do not require any TUE).

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα πεδία με κεφαλαία ή έντυπα (Please complete all sections in capital letters or typing)

1. Στοιχεία Αθλητή/τριας (Athlete information)

Επώνυμο (Surname): Όνομα (Given Name):

Πατρώνυμο (Father's Name):

Άρρεν (Male): Θήλυ (Female): Ημερομηνία Γέννησης (H/M/YE) (Date of Birth (D/M/Y)):

Διεύθυνση (Address):

Πόλη (City): Χώρα (Country): Τ.Κ. (Postal Code):

Τηλ. Εργασίας (Telephone): Τηλ. Οικίας (Tel Home):

Κινητό (Mobile):

E-mail: Φαξ (Fax):

Άδελφια (Siblings): Αγάπιασμο/Θέση (Discipline/Position):

Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία (National Sport Organization):

2. Ιατρικές πληροφορίες (Medical Information)

Διάγνωση (Diagnosis):

.....

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL) 1

Απαγορευμένης Ουσίας/ών Κοινών ονομασίες (Prohibited Substances (s)) (Generic Name)	Δόση (Dose)	Οδοί χορήγησης (Route)	Συχνότητα χορήγησης (Frequency)
1.			
2.			
3.			
Προβλεπόμενη διάρκεια αγωγής (Planned duration of treatment)		Εφ'όπου, (Once) Π	Επίγειουσα (Oral) Π
		ή Διόρθωση (or Dose):	

3. Δήλωση Ιατρού και αθλητή/τριας (Medical practitioner's and athlete's declaration)

Ο/Η υπογράφων/ουσα Ιατρός πιστοποιεί ότι η/ος άνω αγωγή είναι ιατρικά ενδεδειγμένη και ότι η χρήση εναλλακτικών φαρμάκων μη περιλαμβανόμενων στον Κατάλογο Απαγορευμένων του WADA και της Κοινής Υπουργικής Απόφασης της παρ.2 του άρθρου 128 Γ του ν. 2725/1999 όπως ισχύει, δεν θα είχε ικανοποιητικό αποτέλεσμα για την ως άνω παθολογική κατάσταση.
(I certify that the above-mentioned regime is medically appropriate and that the use of alternative medications is not of the Prohibited List would be inappropriate for the condition)

Όνοματεπώνυμο (Name):

Ειδικότητα (Speciality):

Διεύθυνση (Address):

Τηλ. (Tel.): Fax:

E-mail:

Υπογραφή θεράποντος Ιατρού: Ημερομηνία:

(Signature of Medical Practitioner) (Date)

Ο/Η υπογράφων/ουσα αθλητή/τριας πιστοποιεί ότι τα στοιχεία που περιέχονται στο πεδίο 1 του παρόντος είναι ακριβή και ότι αιτούμαι έγκριση για να κάνω χρήση ουσίας περιλαμβανόμενης στον Κατάλογο Απαγορευμένων του WADA και της Κοινής Υπουργικής Απόφασης της παρ.2 του άρθρου 128 Γ του ν. 2725/1999 όπως ισχύει, λόγω της συγκεκριμένης μου για να λαμβάνουν γνώση των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων το Ε.Σ.ΚΑ.Ν., καθώς και το προσωπικό του WADA, η Επιτροπή ΕΧΘΣ του WADA, και άλλοι Οργανισμοί Αντι-Ντόπινγκ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στον Παιγνίσμιο Κώδικα Αντι-Ντόπινγκ. Αναγνωρίζω ότι, σε περίπτωση που απορριστεί να ανακαλέσω την ως άνω δοθείσα συναίνεσή μου, για να λάβουν γνώση οι ως άνω φορείς των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων για λογαριασμό μου, υποχρεούμαι να γίνω στοποθήσα εγγράφως την απόφασή μου αυτή στο θεράποντο Ιατρό μου και το Ε.Σ.ΚΑ.Ν.
(I certify that the information under 1 is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to HNCCD as well as to WADA staff, to the WADA TUEC 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 HNCCD in writing of that fact)

Υπογραφή αθλητή/τριας: Ημερομηνία:

(Athlete's signature) (Date)

(Εάν ο αθλητής είναι ανήλικος ή δεν δύναται λόγω πάθησής να υπογράψει αυτό το έντυπο, ο γονέας ή ο έχων τη γονική μέριμνα θα συνεπιγράψουν με τον αθλητή ή για λογαριασμό του αθλητή).
(If the athlete is a minor or has a disability preve that he/she is not able to sign, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)

Υπογραφή Γονέα/Ερχοντος τη γονική μέριμνα: Ημερομηνία:

(Parent/Guardian's signature) (Date)

Άτελες συμπληρωμένες αιτήσεις επιστρέφονται και πρέπει να επανυποβληθούν
(Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted)

Παρακαλώ όπως υποβάλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στο Ε.Σ.ΚΑ.Ν. και κρατήσετε ένα αντίγραφο για το αρχείο σας
(Please submit the completed form to HNCCD and keep a copy for your records)

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ (STRICTLY CONFIDENTIAL) 2



Χρήσιμες Πληροφορίες

- Έντυπα Αιτήσεων: ιστοσελίδα Ε.Σ.ΚΑ.Ν.
 - http://www.eskan.gr/docs/TUE_2005_standard_gr.pdf
 - http://www.eskan.gr/docs/TUE_sinoptiko_2005_logo_new.pdf
- Αποστολή αιτήσεων:
 - Ταχυδρομικώς: Ε.Σ.ΚΑ.Ν.
Κηφισίας 7, Αθήνα, 11523
 - FAX: 2106457503

