

Verkorte aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” (VTTN)



Departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media

Medisch Verantwoord Sporten
Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL

Tel: 02-553 35 20 Fax: 02-553 36 50
E-mail: dopinglijn@vlaanderen.be

IN TE VULLEN IN DRUKLETTERS bij manuele invulling

Deze aanvraag betreft een aanvraag tot therapeutisch gebruik van:

- bèta 2-agonisten door inhalatie (formoterol, salbutamol, salmeterol of terbutaline)
- niet-systemische glucocorticosteroiden
- systemische glucocorticosteroiden (via orale, rectale, intraveneuze of intramusculaire wijze) vereisen een (niet-verkorte) aanvraag “toestemming wegens therapeutische noodzaak”
 - topische preparaten voor aandoeningen van huid, neus, oor, mond of oog vereisen geen toestemming wegens therapeutische noodzaak

Gegevens van de sporter (in te vullen door de sporter)

voornaam en naam

adres

telefoonnummer

man vrouw

geboortedatum

dag

maand

jaar

e-mailadres

sporttak

sportdiscipline

internationale en nationale sportfederatie

Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te vermelden:

Gegevens behandelende arts (in te vullen door de behandelende arts)

naam, titulatuur en
specialisme

adres

telefoonnummer

faxnummer

e-mailadres

Gegevens over het geneesmiddelengebruik (in te vullen door de behandelende arts)

diagnose

Voor alle inhalatiepreparaten dient het bewijs, dat de diagnose bevestigd, aan deze aanvraag gehecht te worden en er samen mee opgestuurd te worden.

Verboden stof(fen) (generische benaming)	Dosis	Wijze	Frequentie
1.			
2.			
3.			

Geplande duur van de behandeling:

eenmalig gebruik noodgeval of gedurende (week/maand)

N.B. Iedere verkorte aanvraag "toestemming wegens therapeutische noodzaak" kan op ieder moment herzien worden door de commissie en/of het WADA.

Verklaring van de behandelende arts

Ik, dr. verklaar dat de voormelde behandeling medisch

noodzakelijk is, en dat het gebruik van alternatieve geneesmiddelen die niet op de verboden lijst staan, ontoereikend zou zijn voor deze aandoening.

handtekening van de behandelende arts

datum

dag

maand

jaar

Verklaring van de sporter

Ik, verklaar dat mijn gegevens correct zijn en dat ik de

goedkeuring vraag om een middel of methode van de verboden lijst van het WADA te gebruiken. Ik laat toe dat persoonlijke medische informatie vrijgegeven wordt aan de antidopingorganisatie (ADO), en aan het personeel van het WADA, het TUEC (Comité voor de Uitzondering voor Therapeutisch Gebruik) van het WADA, en aan andere ADO's volgens de bepalingen van de WADA-code. Ik begrijp dat, als ik ooit het recht van deze organisaties om mijn gezondheidsinformatie te verkrijgen wens te herroepen, ik mijn arts en mijn ADO daarvan schriftelijk op de hoogte moet brengen.

handtekening van de sporter

datum

dag

maand

jaar

Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de atleet.

handtekening van de ouder/wettelijke

datum

dag

maand

jaar

vertegenwoordiger

aantal bijlagen

Onvolledige aanvragen worden teruggestuurd en zullen opnieuw ingediend moeten worden.

Gelieve het ingevulde formulier in te dienen bij het secretariaat van de commissie (voor adres: zie hoofding blz. 1) en een kopie voor uzelf te bewaren.

Uw persoonsgegevens worden verwerkt conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.