

# 治療用途豁免申請表

(請詳填下列各項或打字)

## 1. 申請選手資料

姓名：	_____	性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址：	_____		
縣市：	_____		
聯絡電話：	_____	電子郵件：	_____
運動種類：	_____	項目或下場位置：	_____
所屬單位(單項運動協會或服務單位)：	_____		
身心障礙選手請註明身心障礙狀況：	_____		

## 2. 接受治療狀況

就診或治療狀況
_____
診斷證明述明需使用禁用清單內藥物或方法
_____

## 3. 治療狀況

施用物質學名	劑量	施用方法	使用頻率
1			
2			
3			
預計施用期間	<input type="checkbox"/> 施用一次 <input type="checkbox"/> 緊急狀況 <input type="checkbox"/> 施用期間(週/月)_____		
曾提過 TUE 申請?	<input type="checkbox"/> 申請過 <input type="checkbox"/> 未曾申請		
TUE 申請藥物	_____		
	_____		
審核單位	_____		
	_____		
審核時間	_____		
TUE 審核結果	<input type="checkbox"/> 獲核可 <input type="checkbox"/> 獲未核可		

#### 4. 醫師聲明

下述治療情形屬實，除屬禁用清單藥物外並無適合此項治療之藥物

醫師姓名\_\_\_\_\_

醫師專長\_\_\_\_\_

地址:\_\_\_\_\_

聯絡電話\_\_\_\_\_

傳真\_\_\_\_\_

電子郵件\_\_\_\_\_

治療醫師簽名\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_

#### 5. 申請選手聲明

\_\_\_\_\_ (選手名)在此聲明因重症需使用 WADA 公告禁用清單禁用物質或方法，  
在此提出相關醫療資料予中華奧林匹克委員會治療用途豁免審查人員。

我瞭解是項申請資料僅用於 TUE 申請及違反運動禁藥管制規定狀況下供調查之用，如希望

- (1)瞭解受理申請單位如何使用是項資料
- (2)臨時查閱或變更申請資料
- (3)撤回受理申請單位取得相關資料之權利

時須以書面通知受理申請單位(中華奧會)及醫師，依世界運動禁藥管制規範應提供醫師及受理申請單位正確資料

申請選手簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

家長/監護人簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

(選手未成年或身心障礙致未能簽署是項申請表者，可由家長或監護會同/或代簽)

#### 診斷證明文件

相關醫學證明文件隨同申請案檢送，證明文件儘可能含完整病歷資料及醫學檢驗或影像資料副本，醫學證明文件儘可能涵括臨床狀況，提供獨立醫學見解文件有助於診斷未明治療用途豁免申請。