

치료목적 사용면책(TUE) 신청 안내

1. 한국도핑방지위원회 홈페이지(<http://www.kada-ad.or.kr>) 방문
- "금지약물검색"기능을 통해 "금지약물" 여부 확인
2. "금지약물"에 해당하는 경우, "치료목적 사용면책" 메뉴 클릭
3. "치료목적사용면책" 클릭 후, "아마추어 스포츠 TUE양식"에서 아래 한 글파일 또는 PDF파일을 다운받아 작성 후 **영문진단서, 각종의료자료 등과 함께** 이메일 제출

치료목적사용면책

□ 치료목적 사용면책 (Therapeutic Use Exemption)이란 무엇인가

선수도 질병이나 부상치료를 목적으로 필요한 약물을 사용할 권리가 있습니다.

다만, 사용해야 할 약물이 금지 목록에 포함된 약물이거나 방법이라면 선수에게는 추가적으로 일정한 절차를 따를 의무가 있습니다.

이러한 제도가 '치료목적사용면책(TUE)'이며, '선수가 금지약물 또는 금지방법 목록에 포함된 약물이나 방법을 치료목적으로 사용을 허가(승인)받기 위해 사전에 신청하는 절차'를 말합니다.

1. 아마추어 스포츠 TUE양식 ※ TUE신청서 및 진단서 영문작성(필수)	2. 프로K리그 TUE양식	3. 프로단체 TUE양식
		
 	 	 

- ★ 필요서류: TUE 신청서, 진단서(상세기술 필요),
해당 질병을 입증할 수 있는 의무기록 및 각종 검사결과

※ 치료목적사용면책(TUE) 신청서 작성요령

1. 선수 인적사항 (선수측 작성)

1. 선수 인적사항 Athlete Information (이름의 경우 한글 · 영어 모두 기입)

성: 김 KIM 이름: 카다 KADA 남 ☒ 여 ☐ 생년월일(년/월/일): 1988 / 1 / 1
Surname Given name Male Female Date of Birth (y/m/d)

주소: Seoul (시/도) gangdong (시/군) gangdong daero 143-64, 8F
Address Province/City

우편번호: 05398 전화번호(국가번호 포함): 82-2-2045-9800 이메일: tue@kada-ad.or.kr
Postcode Tel.(with International Code) E-mail

종목: Boccia 세부종목/포지션: Para-Boccia
Sport Discipline/Position

소속 국제 또는 국내경기연맹: Korea Boccia Federation
International or National Sport Organization

출전 예정 대회(대회명): Seoul Para-Boccia competition 날짜: 2019.3.1.~3.2.
Planned Competition(Name) Date

장애가 있는 경우, 장애내용을 기입하십시오.
If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment.
근이영양증 (muscular dystrophy)

- 이름 작성 부분은 한글 이름과 영어이름을 모두 작성해주세요.
- 세부종목 및 포지션을 잘 모르시는 경우에는 빈칸으로 두셔도 됩니다.
- 출전예정대회는 앞두고 계신 경기 중에서 현재날짜와 가장 가까운 시점에 개최예정인 경기를 적어주세요. (시즌제로 경기가 진행되는 경우에는 시즌기간을 적어주세요.)

2. 의료정보 (주치의 작성)

2. 의료 정보 Medical Information(필요 시 다른 용지에 이어 작성하십시오.)

진단: 1형 당뇨병 (Diabetes mellitus, Type 1)
Diagnosis

만약 사용 허가된 의약품으로도 치료가 가능한 경우, 해당 금지약물을 처방하려는 임상의학적 정당성을 설명하십시오.
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested

Insulin is the only treatment for Type 1 DM (Insulin-dependent diabetes mellitus).

He should take Insulin to control blood sugar level.

- 치료목적사용면책을 신청하는 약물이 해당 진단명에 필요한 의학적인 이유를 상세하게 작성해주세요.

3. 세부진료내용 (주치의 작성)

3. 세부 진료내용 Medication Details				
금지약물: 약물속명 Prohibited Substance(s): Generic name	1회 사용량 Dose	사용/투여 방법 Route of Administration	사용/투여 빈도 Frequency	예상 치료기간 Duration of Treatment
1. <i>Insulin Glargine</i>	<i>20IU</i>	<i>피하주사 / SQ</i>	<i>once a day</i>	<i>life long</i>
2.				
3.				

- 금지약물(약물속명): 해당약물의 성분명을 작성해주세요.
- 1회 사용량: 해당 약물의 1회 사용 용량과 단위를 작성해주세요.
- 사용/투여 방법: 해당 약물을 투약하는 방법을 자세하게 작성해주세요
Ex) 피하주사하는 경우 -> 주사요법(X) 피하주사(O)
- 예상 치료기간: 해당약물을 얼마동안 복용할 것인지에 대해 작성해주세요.

4. 담당 의사 확인 (주치의 작성)


4. 담당 의사 확인 Medical Practitioner's Declaration

본인은 상기 2, 3번 항목에 기입한 정보가 사실이며, 위에서 언급한 치료가 의학적으로 적절하다는 것을 증명한다.
I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

성명 Name : Heo, Jun 전공분야 Medical Specialty : ENT

주소 Address : Gangdong-daero 143-64, Gangdong-gu, Seoul, Republic of Korea

전화 Tel. : 82-2-2045-9800 팩스 Fax : 82-2-2045-9898 이메일 E-mail : tue@kada-ad.or.kr

의사 서명:  날짜: 2019. 02. 07.
Signature of Medical Practitioner Date

5. 소급 신청여부 (선수측 작성)

5. 소급 신청여부 Retroactive Applications

<p>본인에 해당되는 신청 종류에 "V" 표시하십시오. <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p>소급 TUE <input type="checkbox"/></p> <p>Yes</p> <p>사전 TUE <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No</p> <p>소급 TUE 신청인 경우, 치료 시작일을 명시하십시오. <i>If yes, on what date was treatment started?</i></p> <p>_____</p> <p>(년/월/일 y/m/d)</p>	<p>소급 신청하는 경우, 해당 사유에 "V" 표시하십시오. <i>Please indicate reason:</i></p> <p><input type="checkbox"/> 응급치료 또는 급성의료조치가 필요했음 <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타 예외적인 상황으로 인해 신청서를 제출할 시간 또는 기회가 충분하지 않았음 <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i></p> <p><input type="checkbox"/> 적용가능한 규정상 사전 신청이 요구되지 않았음 <i>Advance application not required under applicable rules</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타(아래에 기술하십시오) <i>Fairness(WADA and [IF/NADO] approval required</i></p> <p>_____</p>
---	---

- 소급 신청이란? 응급상황 등으로 인해 불가피하게 금지약물을 사용 후 신청하게 되는 것을 의미합니다.
- TUE는 사전에 신청하는 것이 원칙이며, 단순 실수로 TUE 신청을 경기 전에 하지 못한 것은 소급 TUE 인정 사유가 아닙니다.
- 사전신청하시는 경우라면, 사전 TUE에 체크해주시고, 소급 TUE 사유 및 치료시작일은 빈칸으로 두시면 됩니다.

6. 이전 신청여부 (선수측 작성)

6. 이전 신청여부 Previous Application

<p>본인은 과거에 TUE를 신청한 적이 있다. <input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오</p> <p><i>Have you submitted any previous TUE application(s)?</i> Yes No</p>	
<p>당시 신청약물 또는 투여방법 <i>For which substance or method?:</i></p> <p>_____</p>	
<p>TUE 신청서 제출기관 <i>To whom?:</i> _____ TUE 신청일 <i>When?:</i> _____</p>	
<p>판결 결과 <i>Decision:</i> 승인 <i>Approved</i> <input type="checkbox"/> 불승인 <i>Not approved</i> <input type="checkbox"/></p>	

- 잘 기억이 나지 않으시면 빈칸으로 두시면 됩니다.

7. 선수선서 (선수측 작성)

7. 선수 선서 Athlete's Declaration

본인, 김카다 KIM, KADA 은(는) 1, 5, 6항목에 서술한 내용이 사실임을 확인한다. 본인은 본인의 의학정보가 세계도핑방지규약(이하 "규약") 및/또는 치료목적사용면책 국제표준에 따라 도핑방지기구, 세계도핑방지기구(WADA)에서 승인한 담당자, WADA치료목적사용면책위원회(TUEC) 및 기타 이 정보에 대한 권리를 가질 수 있는 도핑방지기구 치료목적사용면책위원회 및 승인된 담당자에게 제공되는 것을 허락한다. 이러한 사람들은 업무상 혹은 계약상의 기밀유지 의무를 가진다.


<치료목적사용면책 신청시 개인정보 수집 · 이용의 동의> ☒ 동의 ☐ 비동의

<제3자 개인정보 제공에 대한 동의사항> ☒ 동의 ☐ 비동의

<치료목적사용면책 신청시 민감정보 수집 · 이용의 동의사항> ☒ 동의 ☐ 비동의

선수 서명(Athlete's signature)

날짜(Date)



2019. 02. 08.

부모/보호자 서명(Parent's/Guardian's signature)

날짜(Date)



2019. 02. 08.

※ 선수가 미성년자이거나 장애로 인하여 서명이 불가능 할 경우, 부모 또는 보호자가 선수와 함께 또는 선수를 대신하여 서명할 수 있다. If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.

- 선수 선서부분과 개인정보에 대한 동의 부분중 일부입니다. 내용을 정확하게 확인하시고 동의하는 경우에만 동의에 체크해주시면 됩니다. (동의 및 서명하지 않을 경우, TUE 신청이 불가능합니다.)