

**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION  
GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN  
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

**VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE**

**VLAAMSE OVERHEID**

**Cultuur, Jeugd, Sport en Media**

[C – 2015/35404]

**18 MAART 2015. — Ministerieel besluit tot vaststelling van het oproepings- en aanvullend formulier bij dopingcontroles en de formulieren die gebruikt moeten worden voor de aanvraag, toekenning en weigering van een toestemming wegens therapeutische noodzaak**

De Vlaamse minister van Werk, Economie, Innovatie En Sport,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der Instellingen, artikel 20;

Gelet op het Antidopingdecreet van 25 mei 2012, artikel 10, § 6, derde lid, ingevoegd bij het decreet van 19 december 2014 en artikel 15, § 4, derde lid;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 13 februari 2015 houdende uitvoering van het Antidopingdecreet van 25 mei 2012, artikel 9, § 1, tweede lid, artikel 9, § 2, derde lid, artikel 37, § 1, eerste lid en artikel 37, § 4,

Besluit :

**Artikel 1.** Het dopingcontroleformulier vermeld in artikel 37, § 1, eerste lid van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 februari 2015 houdende uitvoering van het decreet van 25 mei 2012 betreffende de preventie en bestrijding van doping in de sport, wordt opgenomen in bijlage 1, die bij dit besluit is gevoegd.

**Art. 2.** Elke onregelmatigheid die een controlearts in het kader van een dopingcontrole vaststelt, met inbegrip van een vermoedelijke dopingpraktijk, aangifteverzuim, gemiste dopingtest of niet-nakoming van de verblijfsgegevensverplichtingen, wordt gerapporteerd in het aanvullend verslag waarvan het model opgenomen is in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd.

**Art. 3.** Het formulier dat gebruikt moet worden voor een TTN-aanvraag wordt opgenomen in bijlage 3, Nederlandstalige versie of bijlage 4, meertalige versie die bij dit besluit is gevoegd.

**Art. 4.** Het modelformulier dat gebruikt moet worden voor een toestemming van een TTN wordt opgenomen in bijlage 5, die bij dit besluit is gevoegd.

**Art. 5.** Het modelformulier dat gebruikt moet worden voor de weigering van een TTN, wordt opgenomen in bijlage 6, die bij dit besluit wordt gevoegd.

**Art. 6.** Het ministerieel besluit van 11 april 2013 tot vaststelling van het oproepings- en aanvullend formulier bij dopingcontroles en de formulieren die gebruikt moeten worden voor de aanvraag, toekenning en weigering van een toestemming wegens therapeutische noodzaak, gewijzigd bij het ministerieel besluit van 22 oktober 2013, wordt opgeheven.

Brussel, 18 maart 2015.

De Vlaamse minister van Werk, Economie, Innovatie en Sport,  
Ph. MUYTERS

DOPINGCONTROLEFORMULIER
DOPING CONTROL FORM
FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

NADO Vlaanderen
Arenbergstraat 9, 1000 Brussel
Tel: 02 553 34 83 Fax: 02 553 36 50
E-mail: dopinglijn@vlaanderen.be



1. INFORMATIE OVER DE SPORTER • ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

Form section 1 containing fields for: Familienaam (Family name), Voornaam (Given name), Nationaliteit (Nationality), Sporttak (Sport discipline), Adres (Address), Land/Country/Pays, Telephone number, Contact info, e-mail, Geboortedatum (Date of birth), and Document type/number.

2. OPROEPING • NOTIFICATION • NOTIFICATION

Form section 2 containing: Type of test required (doping control, biological passport), Date, Time, Location, and signature fields for the athlete and the doping control officer.

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

3. INFORMATIE OVER DE ANALYSE • INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE

Form section 3 containing: Urine and blood sample collection details, including sample numbers, specific gravity, and collection times.

4. BEVESTIGING VAN DE PROCEDURE VOOR HET TESTEN VAN URINE EN/OF BLOED • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING

Form section 4 containing: Confirmation of procedures, signatures of the athlete, coach, and doping control officer, and a final declaration of understanding.

ADAMS is het Anti-Doping Administration and Management System dat ontwikkeld werd om sporters en antidopingorganisaties in staat te stellen gegevens met betrekking tot dopingcontrole in te voeren en uit te wisselen. ADAMS is een online websysteem dat enkel een beperkte uitwisseling van gegevens toelaat met die organisaties die in overeenstemming met de Wereldantidopingcode recht hebben op toegang tot die gegevens.

ER WORDT MIJ GEVRAAGD DIT FORMULIER TE LEZEN OM ERVOOR TE ZORGEN DAT IK MIJ BEWUST BEN VAN HET FEIT DAT DE GEGEVENS OVER MIJN DOPINGCONTROLE ZULLEN WORDEN VERWERKT (BIJVOORBEELD DOORGEGEVEN, BEKENDGEMAAKT, GEBRUIKT EN OPGESLAGEN) VIA ADAMS. DOOR DIT FORMULIER OP DE KEERZIJDE TE ONDERTEKENEN GEEF IK AAN DAT IK DAARVAN OP DE HOOGTE BEN GESTELD EN DAT IK MIJN UITDRUKKELIJKE TOELATING GEEF TOT EEN DERGELIJKE VERWERKING.

Ik begrijp en ga ermee akkoord dat:

1. de gegevens over mijn Dopingcontrole alle gegevens zijn die betrekking hebben op de dopingcontroleprocedure met inbegrip van de planning van de spreiding van de tests, de afname en verwerking van monsters, de laboratoriumanalyse, het resultatenbeheer, de hoorzittingen en de beroepsprocedures;
2. de resultaten van de laboratoriumanalyse de volgende zaken omvatten: de opsporing van een verboden stof of de afbraakproducten of markers daarvan of een bewijs van het gebruik van een verboden methode die op de verboden lijst voorkomt; de opsporing van de aanwezigheid van andere stoffen die niet op de verboden lijst voorkomen zoals bevolen door het WADA conform het monitoringprogramma dat in artikel 4.5 van de Code wordt beschreven; het lengteprofiel van hematologische parameters zoals hemoglobine en de telling van rode bloedlichaampjes gedurende een bepaalde periode alsook de T/E ratio;
3. de gegevens over mijn Dopingcontrole via ADAMS enkel toegankelijk zullen worden gemaakt voor de bevoegde Antidopingorganisaties zoals voorzien in de Wereldantidopingcode;
4. het WADA en de Antidopingorganisaties de gegevens over mijn Dopingcontrole enkel zullen meedelen aan die personen binnen hun organisaties die niet zonder deze informatie kunnen; en
5. de gegevens over mijn Dopingcontrole zullen worden opgeslagen in ADAMS voor een minimumperiode van 8 jaar, waarbij de periode van 8 jaar de periode is waarin een rechtsvordering kan worden ingesteld als gevolg van een overtreding van de antidopingregels die in de Code zijn neergelegd.

#### MACHTIGING EN TOESTEMMING

Door dit formulier op de keerzijde te ondertekenen, geef ik mijn uitdrukkelijke toestemming om de gegevens over mijn Dopingcontrole via ADAMS te verwerken op voorwaarde dat die verwerkte gegevens enkel worden gebruikt voor de dopingcontrole in overeenstemming met de Code.

ADAMS is the Anti-Doping Administration and Management System, which has been developed to enable athletes and anti-doping organizations to enter and share data related to doping control. ADAMS is an online, web-based system, which allows restricted sharing of data only with those organizations with the right to access such data in accordance with the World Anti Doping Code.

I AM BEING ASKED TO READ THIS FORM TO ENSURE THAT I AM AWARE THAT MY DOPING CONTROL RELATED DATA WILL BE PROCESSED (FOR EXAMPLE TRANSMITTED, DISCLOSED, USED AND STORED) THROUGH ADAMS. SIGNING THIS FORM OVERLEAF WILL INDICATE THAT I HAVE BEEN SO INFORMED AND THAT I GIVE MY EXPRESS CONSENT TO SUCH PROCESSING.

I understand and agree that:

1. My Doping Control related data is all data related to the doping control process including test distribution planning, sample collection and handling, laboratory analysis, results management, hearings and appeals;
2. The laboratory analysis results include: detection of a prohibited substance, its metabolites or markers or any evidence of use of prohibited method identified on the prohibited list; detection of the presence of other substances not included in the prohibited list as may be directed by WADA pursuant to monitoring program described in Article 4.5 of the Code; longitudinal profile of hematological parameters such as hemoglobin and red blood count over a specified period of time as well as T/E ratio;
3. My Doping Control related data will be made accessible through ADAMS only to the authorized Anti-Doping Organizations as provided for in the World Anti-Doping Code;
4. WADA and the Anti-Doping Organizations will not disclose any of my Doping Control related data other than to those persons within their organization on a need to know basis; and
5. My Doping Control related data will be stored in ADAMS for a minimum period of 8 years, the period of 8 years being the period within which an action can be commenced following a violation of an anti-doping rule contained in the Code.

#### AUTHORIZATION AND CONSENT

By signing the form overleaf, I hereby expressly consent to the processing of my Doping Control related data through ADAMS on the condition that it is being used only for doping control purposes in accordance with the Code.

ADAMS EST LE SYSTÈME D'ADMINISTRATION ET DE GESTION ANTIDOPAGE, DÉVELOPÉ POUR PERMETTRE AUX ATHLÈTES ET AUX ORGANISATIONS ANTIDOPAGE DE SAISIR ET DE PARTAGER LES DONNÉES RELATIVES AU CONTRÔLE DU DOPAGE. ADAMS EST UN SYSTÈME ÉLECTRONIQUE EN LIGNE QUI ASSURE QUE LES DONNÉES SOIENT RENDUES ACCESSIBLES UNIQUEMENT AUX ORGANISATIONS ANTIDOPAGE AUTORISÉES CONFORMÉMENT AU CODE.

CE DOCUMENT A POUR BUT DE M'INFORMER QUE LES DONNÉES PERSONNELLES ME CONCERNANT SERONT TRAITÉES (À SAVOIR SAISIÉS, TRANSMISES, UTILISÉES ET CONSERVÉES) DANS ADAMS. EN SIGNANT LE FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE AU VERSO, J'ATTESTE AVOIR ÉTÉ DUMENT INFORMÉ(E) ET DONNE MON CONSENTEMENT EXPRES À CE TRAITEMENT.

Je comprends et je consens que :

1. Mes données relatives au contrôle du dopage sont toutes les données relatives à la procédure incluant la planification des contrôles, la collecte des échantillons et leur manipulation, l'analyse en laboratoire, la gestion des résultats, les auditions et les appels;
2. Les résultats d'analyses de laboratoire comprennent les données suivantes : détection d'une substance interdite, de ses métabolites ou de ses marqueurs ou de toute preuve d'usage d'une méthode interdite identifiée sur la liste des interdictions ; détection de la présence d'autres substances non comprises dans la liste des interdictions mais requise par l'AMA conformément au programme de surveillance décrit à l'art. 4.5 du Code ; profil longitudinal des paramètres hématologiques tels que l'hémoglobine et le taux de globules rouges sur une période de temps spécifique ainsi que ration T/E ;
3. Mes données relatives au contrôle du dopage seront rendues accessibles, par le biais d'ADAMS, uniquement aux Organisations antidopage autorisées conformément au Code;
4. L'AMA et les Organisations antidopage ne transmettront mes données relatives au contrôle du dopage qu'aux personnes au sein de leurs organisations qui en ont besoin ; et
5. Mes données relatives au contrôle du dopage seront conservées dans ADAMS pour une période minimale de 8 ans, la période de 8 ans étant la période pendant laquelle une action peut être ouverte à la suite de la violation d'une règle antidopage contenue dans le Code.

#### AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En signant le formulaire de contrôle du dopage au verso, je consens expressément au traitement de mes données relatives au contrôle du dopage par ADAMS à la condition que ces données soient uniquement utilisées dans le cadre des programmes antidopage en conformité avec le Code;

## Aanvullend formulier

**NADO Vlaanderen**

Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL

E-mail: [dopinglijn@vlaanderen.be](mailto:dopinglijn@vlaanderen.be)**Het betreft de dopingcontrole van:**\_\_\_\_\_ op dag   maand   jaar    **Ingevuld door:** de controlearts     de sporter     andere: \_\_\_\_\_**Vaststellingen**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> de sporter weigert alle medewerking       | <input type="checkbox"/> opmerkingen                            |
| <input type="checkbox"/> verklaring over de genomen geneesmiddelen | <input type="checkbox"/> aanvullend verslag van de controlearts |
| <input type="checkbox"/> onvoldoende urinestaal afgeleverd         |   |
| <input type="checkbox"/> andere: _____                             |   |

**Aanvullend verslag**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ondertekening**Datum ondertekening: dag   maand   jaar     uur   

naam en handtekening sporter

---

---

---

naam en handtekening van de controlearts

---

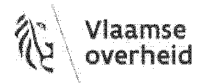
---

---

Wit exemplaar: bestemd voor NADO Vlaanderen

Geel exemplaar: bestemd voor de sporter

## Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak”



NADO Vlaanderen  
 Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL  
 Tel: 02-553 34 83 Fax: 02-553 36 50 E-mail: ttn@vlaanderen.be  
 Gelieve alle rubrieken in te vullen IN DRUKLETTERS.

### Gegevens van de sporter

voornaam en naam .....

adres .....

postnummer en gemeente .....

telefoonnummer .....

man  vrouw

geboortedatum (dd/mm/jjjj)

e-mailadres .....

sport .....

sportdiscipline .....

internationale of nationale sportorganisatie .....

#### Kruis hieronder uw sportniveau aan:

- Ik ben een elitesporter / ik sport op internationaal niveau.
- Ik ben een competitieve sporter op:
- nationaal niveau
  - provinciaal niveau
  - lokaal niveau
- Ik ben een recreatieve sporter (en doe niet aan competitie).

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

### Medische informatie

Diagnose .....

Het bewijs dat de diagnose bevestigt, moet aan deze aanvraag gehecht worden en er samen mee opgestuurd worden. Het medische bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis bevatten en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingsonderzoeken. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe zodat het bewijs zo objectief mogelijk is in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag.

**Als ook toegelaten geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de aandoening te behandelen, geeft u een klinische verantwoording voor het gebruik van de verboden geneesmiddelen.**

Aanvraag "Toestemming wegens therapeutische noodzaak" – pagina 2 van 3

### Gegevens over het geneesmiddelengebruik

Verboden substantie(s) (generische benaming)	Dosis	Toedieningswijze	Frequentie
1.			
2.			
3.			

Geplande duur van de behandeling:

- eenmalig gebruik  
 noodgeval  
 gedurende (week/maand)

Hebt u al eerder een aanvraag "toestemming wegens therapeutische noodzaak" ingediend?  ja  nee

voor welke substantie?

bij welke antidopinginstantie?

wanneer?

Beslissing?

- goedgekeurd  
 niet-goedgekeurd

### Verklaring van de behandelende arts

Ik 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.

naam en specialisme

adres, postnr. en gemeente

telefoonnummer

faxnummer

e-mailadres

handtekening van de behandelende arts

datum

dag

maand

jaar

*Aanvraag "Toestemming wegens therapeutische noodzaak" – pagina 3 van 3*

## Verklaring van de sporter

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

goedkeuring vraag om een stof of methode te gebruiken die op de verboden lijst van het WADA staat. Ik verleen mijn toestemming voor het verstrekken van persoonlijke medische informatie aan de antidopingorganisatie (ADO) evenals aan het gemachtigd personeel van het WADA, aan het CTTN (Comité voor toestemmingen wegens therapeutische noodzaak) van het WADA en aan de andere CTTN's van de antidopingorganisatie evenals aan het gemachtigd personeel dat het recht heeft om deze informatie in te kijken conform de bepalingen van de code.

Ik begrijp dat mijn informatie slechts zal worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures met betrekking tot mogelijke overtredingen van de antidopingregels. Ik weet dat indien ik wens (1) om meer informatie te verkrijgen over het gebruik van mijn informatie; (2) om mijn recht op toegang en verbetering uit te oefenen, of (3) om het recht van deze organisaties om mijn gezondheidsinformatie in te zien, te herroepen, ik mijn huisarts en mijn ADO hiervan schriftelijk op de hoogte moet brengen. Ik weet en stem ermee in dat het nodig kan zijn dat TTN-gerelateerde informatie die ik vóór mijn herroeping van deze toestemming heb overgemaakt, wordt bijgehouden met als enig doel het vaststellen van een mogelijke overtreding van de antidopingwetgeving, wanneer dit door de Code wordt vereist.

Ik weet dat, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, ik klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

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 \_\_\_\_\_

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

Gelieve het ingevulde formulier over te maken aan de TTN-commissie (en zelf een kopie te bewaren):

Vlaamse overheid  
NADO Vlaanderen  
Arenbergstraat 9  
1000 Brussel  
Fax: 02-553 36 50  
E-mail: [ttn@vlaanderen.be](mailto:ttn@vlaanderen.be)

## Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” (TTN)/ Demande d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques” (AUT) / Therapeutic use exemptions (TUE)

**NADO Vlaanderen**

Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL

Tel: 02-553 34 83

Fax: 02-553 36 50

E-mail: [ttn@vlaanderen.be](mailto:ttn@vlaanderen.be)

Gelieve alle rubrieken in te vullen IN DRUKLETTERS.

Veuillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.

Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS OR TYPING.

### Gegevens van de sporter / Renseignements sur le sportif / Athlete information

voornaam en naam/prénom et nom/first and last name \_\_\_\_\_

adres/adresse/address \_\_\_\_\_

postnummer en gemeente/code postal  
et commune/postal code and city \_\_\_\_\_

telefoonnummer/numéro de téléphone/phone number \_\_\_\_\_

man/homme/male       vrouw/femme/female

geboortedatum (dd/mm/jjjj)/date de naissance (jj/mm/aaaa)/birthday (dd/mm/yyyy)

e-mailadres/courriel/e-mail \_\_\_\_\_

sport \_\_\_\_\_

sportdiscipline/discipline \_\_\_\_\_

internationale of nationale sportorganisatie/organisation sportive  
internationale ou nationale/international or national sport organization \_\_\_\_\_

#### **Kruis hieronder uw sportniveau aan/Cochez ci-dessous votre niveau sportif/Please tick below your sport level:**

Ik ben een elitesporter, ik sport op internationaal niveau/Je suis un sportif d'élite, je fais du sport au niveau international/I am an elite athlete, I practise sport at international level.

Ik ben een competitieve sporter op:/Je suis un sportif compétitif au:/I am a competitive athlete at:

nationaal niveau/niveau national/national level

provinciaal niveau/niveau provincial/provincial level

lokaal niveau/niveau local/local level

Ik ben een recreatieve sporter (en doe niet aan competitie)/Je suis un sportif récréatif (et ne fais pas de la compétition)/I am a recreational athlete (and do not participate in any competition).

Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te vermelden/Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser lequel/If athlete with disability, indicate disability \_\_\_\_\_



Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 2 van 6

**Medische informatie / Renseignements médicaux / Medical information**

Diagnose/diagnostic/diagnosis

Het bewijs dat de diagnose bevestigd, moet aan deze aanvraag gehecht worden en er samen mee opgestuurd worden. Het medische bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis bevatten en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingsonderzoeken. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe zodat het bewijs zo objectief mogelijk is in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag.

Le justificatif confirmant le diagnostic doit être joint à la présente demande et doit être envoyé simultanément. Le justificatif doit contenir un historique médical détaillé ainsi que les résultats de tous les examens médicaux pertinents, analyses de laboratoire et examens d'imagerie médicale. Vous joindrez, dans la mesure du possible, les copies des rapports ou courriers originaux de sorte que la preuve soit la plus objective possible dans des conditions cliniques. En cas d'affections non démontrables, vous joindrez à cette demande un second avis médical indépendant.

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should 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. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

Als ook toegelaten geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de aandoening te behandelen, geeft u een klinische verantwoording voor het gebruik van de verboden geneesmiddelen.

Si des médicaments autorisés peuvent également être utilisés pour traiter l'affection, veuillez fournir un justificatif clinique à l'utilisation de médicaments interdits.

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

**Gegevens over het geneesmiddelengebruik / Médicament(s) concerné(s) / Medication details**

Verboden substantie(s) (generische benaming) Substance(s) interdite(s) (nom générique) Prohibited substance(s) (generic name)	Dosis Posologie Dose	Toedieningswijze Voie d'administration Route	Frequentie Fréquence d'administration Frequency
1.			
2.			
3.			

Geplande duur van de behandeling/durée prévue du traitement/intended duration of treatment:

- eenmalig gebruik/une seule dose/once only
- noodgeval/urgence/emergency
- gedurende (week/maand)/durée (semaine/mois)/duration (week/month)

## Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 3 van 6

Hebt u al eerder een aanvraag “toestemming wegens therapeutische noodzaak” ingediend?  ja  neen

Avez-vous déjà demandé une “autorisation d’usage à des fins thérapeutiques”?  oui  non

Have you submitted any previous “therapeutic use exemption” application?  yes  no

voor welke substantie?/pour quelle  
substance?/for which substance? \_\_\_\_\_

bij welke antidopinginstantie?/auprès de quelle organisation  
antidopage?/to which anti-doping organisation? \_\_\_\_\_

wanneer?/quand?/when? \_\_\_\_\_

beslissing?/décision?/decision?  goedgekeurd/acceptée/approved

niet-goedgekeurd/refusée/not approved

**Verklaring van de behandelende arts / Déclaration du médecin / Medical practitioner’s declaration**

Ik 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.

naam en specialisme \_\_\_\_\_

adres, postnr. en gemeente \_\_\_\_\_

telefoonnummer \_\_\_\_\_

faxnummer \_\_\_\_\_

e-mailadres \_\_\_\_\_

handtekening van de behandelende arts \_\_\_\_\_

datum

dag

maand

jaar

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l’usage de médicaments alternatifs n’apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l’état pathologique décrit ci-dessus.

nom et spécialité médicale \_\_\_\_\_

adresse, code postal et  
commune \_\_\_\_\_

numéro de téléphone \_\_\_\_\_

télécopieur \_\_\_\_\_

courriel \_\_\_\_\_

signature du médecin \_\_\_\_\_

date

jour

mois

année

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

name and medical specialty \_\_\_\_\_

address, postal code and  
city \_\_\_\_\_

Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 4 van 6

phone number \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_  
 signature of medical practitioner \_\_\_\_\_ date day   month   year

### Verklaring van de sporter / Déclaration du sportif / Athlete's declaration

Ik, \_\_\_\_\_ verklaar dat mijn gegevens correct zijn en dat ik de goedkeuring vraag om een stof of methode te gebruiken die op de verboden lijst van het WADA staat. Ik verleen mijn toestemming voor het verstrekken van persoonlijke medische informatie aan de antidopingorganisatie (ADO) evenals aan het gemachtigd personeel van het WADA, aan het CTTN (Comité voor toestemmingen wegens therapeutische noodzaak) van het WADA en aan de andere CTTN's van de antidopingorganisatie evenals aan het gemachtigd personeel dat het recht heeft om deze informatie in te kijken conform de bepalingen van de code.

Ik begrijp dat mijn informatie slechts zal worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures met betrekking tot mogelijke overtredingen van de antidopingregels. Ik weet dat indien ik wens (1) om meer informatie te verkrijgen over het gebruik van mijn informatie; (2) om mijn recht op toegang en verbetering uit te oefenen, of (3) om het recht van deze organisaties om mijn gezondheidsinformatie in te zien, te herroepen, ik mijn huisarts en mijn ADO hiervan schriftelijk op de hoogte moet brengen. Ik weet en stem ermee in dat het nodig kan zijn dat TTN-gerelateerde informatie die ik vóór mijn herroeping van deze toestemming heb overgemaakt, wordt bijgehouden met als enig doel het vaststellen van een mogelijke overtreding van de antidopingwetgeving, wanneer dit door de Code wordt vereist.

Ik weet dat, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, ik klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

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  
 vertegenwoordiger \_\_\_\_\_ datum dag   maand   jaar

aantal bijlagen \_\_\_\_\_

## Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 5 van 6

Je soussigné, \_\_\_\_\_ certifie que mes données sont exactes et que je

demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode de la liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation des informations médicales personnelles au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) et à d'autres CAUT d'OAD et personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces informations en vertu des dispositions du Code.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et mon OAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code. Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du standard international pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

signature du sportif

date jour   mois   année    

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

signature d'un des parents ou du tuteur légal

date jour   mois   année    

nombre d'annexes \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ certify that the athlete information is accurate and

that I am requesting approval to use a substance or method from the WADA prohibited list. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the international standard for the protection of privacy and personal information I can file a complaint to WADA or CAS.

athlete's signature

date day   month   year    

If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete.

Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 6 van 6

parent's/guardian's signature

date day   month   year

number of attachments

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

Vos données personnelles seront traitées conformément à la loi du 8 décembre 1992 de protection de la vie privée relatif au traitement de données à caractère personnel.

Your personal data are processed in accordance with the law of December 8, 1992 for the protection of privacy with respect to the processing of personal data.

**Gelieve het ingevulde formulier over te maken aan de TTN-commissie (faxnr: 02-553 36 50, adres: Vlaamse overheid, NADO Vlaanderen, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) en zelf een kopie te bewaren.**

**Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à la comité AUT (n° de fax: 02-553 36 50, adresse: Vlaamse overheid, NADO Vlaanderen, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) et en conserver personnellement une copie.**

**Please submit the completed form to the TUE committee (fax: 02-553 36 50, address: Vlaamse overheid, NADO Vlaanderen, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) and keep a copy for your records.**

# Beslissing

## "Toestemming wegens therapeutische noodzaak"



TTN-commissie Vlaanderen  
Arenbergstraat 9  
1000 Brussel

Tel: 02-553 34 83  
Fax: 02-553 36 50  
E-mail: [ttn@vlaanderen.be](mailto:ttn@vlaanderen.be)

DOSSIERNUMMER:

### Samenstelling van de TTN-commissie

voorzitter Dr. \_\_\_\_\_  
lid Dr. \_\_\_\_\_  
lid Dr. \_\_\_\_\_

### Gegevens van de sporter

voornaam en naam \_\_\_\_\_  
geboortedatum \_\_\_\_\_  
verboden stof(fen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beslissing van de TTN-commissie

**Toestemming** van tot en met

Datum van de beslissing

Dr.  
Voorzitter TTN-commissie

## Toestemming wegens therapeutische noodzaak Grant for TUE / Accord d' AUT



TTN-commissie Vlaanderen/TUE committee Flanders/  
Comité AUT Flandres  
Arenbergstraat 9  
1000 Brussel  
BELGIE

Tel: 0032-2-553 34 83  
Fax: 0032-2-553 36 50  
E-mail: ttn@vlaanderen.be

DOSSIERNUMMER/FILE NUMBER/N° DE DOSSIER:

### Samenstelling van de TTN-commissie / Constitution of TUE Committee / Composition du Comité AUT

voorzitter / chairman / président Dr. \_\_\_\_\_  
lid / member / membre Dr. \_\_\_\_\_  
lid / member / membre Dr. \_\_\_\_\_

### Gegevens van de sporter / Athlete's information / Renseignements sur le sportif

voornaam en naam / first name and name / prénom et nom \_\_\_\_\_  
geboortedatum / birthday / date de naissance \_\_\_\_\_  
verboden stof(fen) / banned substance(s) / substance(s) interdite(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beslissing van de TTN-commissie / TUE Committee decision / Décision du Comité AUT

Toestemming / grant / accord van / from / dès que tot en met / till / jusqu' au  
Datum van de beslissing / date of decision / date de la décision

Dr.  
Voorzitter TTN-commissie / chairman TUE Committee / président du Comité AUT

## Beslissing "Toestemming wegens therapeutische noodzaak"



TTN-commissie Vlaanderen  
Arenbergstraat 9  
1000 Brussel

Tel: 02-553 34 83  
Fax: 02-553 36 50  
E-mail: [ttn@vlaanderen.be](mailto:ttn@vlaanderen.be)

DOSSIERNUMMER:

### Samenstelling van de TTN-commissie

voorzitter Dr. \_\_\_\_\_  
lid Dr. \_\_\_\_\_  
lid Dr. \_\_\_\_\_

### Gegevens van de sporter

voornaam en naam \_\_\_\_\_  
geboortedatum \_\_\_\_\_  
verboden stof(fen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beslissing van de TTN-commissie

#### Weigering

Reden van weigering:

Datum van de beslissing

Dr.  
Voorzitter TTN-commissie



TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

Culture, Jeunesse, Sports et Médias

[C – 2015/35404]

**18 MARS 2015. — Arrêté ministériel établissant le formulaire de convocation et le formulaire complémentaire lors de contrôles de dopage et les formulaires qui doivent être utilisés pour la demande, l'octroi et le refus d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques**

Le Ministre flamand de l'Emploi, de l'Economie, de l'Innovation et des Sports,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, notamment l'article 20 ;

Vu le décret antidopage du 25 mai 2012, notamment l'article 10, § 6, alinéa trois, inséré par le décret du 19 décembre 2014, et l'article 15, § 4, alinéa trois ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 février 2015 portant exécution du décret antidopage du 25 mai 2012, notamment l'article 9, § 1<sup>er</sup>, alinéa deux, l'article 9, § 2, alinéa trois, l'article 37, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier et l'article 37, § 4,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le formulaire de contrôle de dopage visé à l'article 37, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 février 2015 portant exécution du décret du 25 mai 2012 relatif à la prévention et à la lutte contre le dopage dans le sport, est repris dans l'annexe 1<sup>re</sup> qui est jointe au présent arrêté.

**Art. 2.** Toute irrégularité constatée par un médecin de contrôle dans le cadre d'un contrôle de dopage, y compris une pratique de dopage présumée, un manquement à l'obligation de déclaration, un test de dopage manqué ou le non-respect des obligations en matière de données de localisation, est rapportée dans le rapport complémentaire dont le modèle est repris dans l'annexe 2 qui est jointe au présent arrêté.

**Art. 3.** Le formulaire qui doit être utilisé pour une demande d'AUT est repris dans l'annexe 3, version en néerlandais, ou dans l'annexe 4, version multilingue, qui est jointe au présent arrêté.

**Art. 4.** Le formulaire modèle qui doit être utilisé pour l'octroi d'une AUT est repris dans l'annexe 5 qui est jointe au présent arrêté.

**Art. 5.** Le formulaire modèle qui doit être utilisé pour le refus d'une AUT est repris dans l'annexe 6 qui est jointe au présent arrêté.

**Art. 6.** L'arrêté ministériel du 11 avril 2013 établissant le formulaire de convocation et le formulaire complémentaire lors des contrôles antidopage et les formulaires qui doivent être utilisés pour la demande, l'octroi et le refus d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques, modifié par l'arrêté ministériel du 22 octobre 2013, est abrogé.

Bruxelles, le 18 mars 2015.

Le Ministre flamand de l'Emploi, de l'Economie, de l'Innovation et des Sports,  
Ph. MUYTERS

DOPINGCONTROLEFORMULIER
DOPING CONTROL FORM
FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

NADO Vlaanderen
Arenbergstraat 9, 1000 Brussel
Tél 02 553 34 83 Fax: 02 553 36 50
E-mail: dopinglijn@vlaanderen.be



1. INFORMATIE OVER DE SPORTER • ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

Form section 1 containing fields for: Familienaam (Family name), Voornaam (Given name), Nationaliteit (Nationality), Sport (Sport/Excipiente), Adres (Address), Land/Country/Pays, Telephone number, Contact tel (country code), e-mail, Geboortedatum (Date of birth), and Document type/number.

2. OPROEPING • NOTIFICATION • NOTIFICATION

Form section 2 containing: Type of test required (doping control, biological passport), Date, Time, Location, and signature fields for the athlete and the doping control officer.

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

3. INFORMATIE OVER DE ANALYSE • INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE

Form section 3 containing: Urine sample details (AR, BP, Specific gravity), Blood sample details (Sample 1, Sample 2), and various checkboxes for consent and analysis conditions.

4. BEVESTIGING VAN DE PROCEDURE VOOR HET TESTEN VAN URINE EN/OF BLOED • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING

Form section 4 containing: Confirmation of procedures, signature fields for the athlete, coach, and doping control officer, and a date/time field for completion.

ADAMS is het Anti-Doping Administration and Management System dat ontwikkeld werd om sporters en antidopingorganisaties in staat te stellen gegevens met betrekking tot dopingcontrole in te voeren en uit te wisselen. ADAMS is een online websysteem dat enkel een beperkte uitwisseling van gegevens toelaat met die organisaties die in overeenstemming met de Wereldantidopingcode recht hebben op toegang tot die gegevens.

ER WORDT MIJ GEVRAAGD DIT FORMULIER TE LEZEN OM ERVOOR TE ZORGEN DAT IK MIJ BEWUST BEN VAN HET FEIT DAT DE GEGEVENS OVER MIJN DOPINGCONTROLE ZULLEN WORDEN VERWERKT (BIJVOORBEELD DOORGEGEVEN, BEKENDGEMAAKT, GEBRUIKT EN OPGESLAGEN) VIA ADAMS. DOOR DIT FORMULIER OP DE KEERZIJDE TE ONDERTEKENEN GEEF IK AAN DAT IK DAARVAN OP DE HOOGTE BEN GESTELD EN DAT IK MIJN UITDRUKKELIJKE TOELATING GEEF TOT EEN DERGELIJKE VERWERKING.

Ik begrijp en ga ermee akkoord dat:

1. de gegevens over mijn Dopingcontrole alle gegevens zijn die betrekking hebben op de dopingcontroleprocedure met inbegrip van de planning van de spreiding van de tests, de afname en verwerking van monsters, de laboratoriumanalyse, het resultatenbeheer, de hoorzittingen en de beroepsprocedures;
2. de resultaten van de laboratoriumanalyse de volgende zaken omvatten: de opsporing van een verboden stof of de afbraakproducten of markers daarvan of een bewijs van het gebruik van een verboden methode die op de verboden lijst voorkomt; de opsporing van de aanwezigheid van andere stoffen die niet op de verboden lijst voorkomen zoals bevolen door het WADA conform het monitoringprogramma dat in artikel 4.5 van de Code wordt beschreven; het lengteprofiel van hematologische parameters zoals hemoglobine en de telling van rode bloedlichaampjes gedurende een bepaalde periode alsook de T/E ratio;
3. de gegevens over mijn Dopingcontrole via ADAMS enkel toegankelijk zullen worden gemaakt voor de bevoegde Antidopingorganisaties zoals voorzien in de Wereldantidopingcode;
4. het WADA en de Antidopingorganisaties de gegevens over mijn Dopingcontrole enkel zullen meedelen aan die personen binnen hun organisaties die niet zonder deze informatie kunnen; en
5. de gegevens over mijn Dopingcontrole zullen worden opgeslagen in ADAMS voor een minimumperiode van 8 jaar, waarbij de periode van 8 jaar de periode is waarin een rechtsvordering kan worden ingesteld als gevolg van een overtreding van de antidopingregels die in de Code zijn neergelegd.

#### MACHTIGING EN TOESTEMMING

Door dit formulier op de keerzijde te ondertekenen, geef ik mijn uitdrukkelijke toestemming om de gegevens over mijn Dopingcontrole via ADAMS te verwerken op voorwaarde dat die verwerkte gegevens enkel worden gebruikt voor de dopingcontrole in overeenstemming met de Code.

ADAMS is the Anti-Doping Administration and Management System, which has been developed to enable athletes and anti-doping organizations to enter and share data related to doping control. ADAMS is an online, web-based system, which allows restricted sharing of data only with those organizations with the right to access such data in accordance with the World Anti Doping Code.

I AM BEING ASKED TO READ THIS FORM TO ENSURE THAT I AM AWARE THAT MY DOPING CONTROL RELATED DATA WILL BE PROCESSED (FOR EXAMPLE TRANSMITTED, DISCLOSED, USED AND STORED) THROUGH ADAMS. SIGNING THIS FORM OVERLEAF WILL INDICATE THAT I HAVE BEEN SO INFORMED AND THAT I GIVE MY EXPRESS CONSENT TO SUCH PROCESSING.

I understand and agree that:

1. My Doping Control related data is all data related to the doping control process including test distribution planning, sample collection and handling, laboratory analysis, results management, hearings and appeals;
2. The laboratory analysis results include: detection of a prohibited substance, its metabolites or markers or any evidence of use of prohibited method identified on the prohibited list; detection of the presence of other substances not included in the prohibited list as may be directed by WADA pursuant to monitoring program described in Article 4.5 of the Code; longitudinal profile of hematological parameters such as hemoglobin and red blood count over a specified period of time as well as T/E ratio;
3. My Doping Control related data will be made accessible through ADAMS only to the authorized Anti-Doping Organizations as provided for in the World Anti-Doping Code;
4. WADA and the Anti-Doping Organizations will not disclose any of my Doping Control related data other than to those persons within their organization on a need to know basis; and
5. My Doping Control related data will be stored in ADAMS for a minimum period of 8 years, the period of 8 years being the period within which an action can be commenced following a violation of an anti-doping rule contained in the Code.

#### AUTHORIZATION AND CONSENT

By signing the form overleaf, I hereby expressly consent to the processing of my Doping Control related data through ADAMS on the condition that it is being used only for doping control purposes in accordance with the Code.

ADAMS EST LE SYSTÈME D'ADMINISTRATION ET DE GESTION ANTIDOPAGE, DÉVELOPÉ POUR PERMETTRE AUX ATHLÈTES ET AUX ORGANISATIONS ANTIDOPAGE DE SAISIR ET DE PARTAGER LES DONNÉES RELATIVES AU CONTRÔLE DU DOPAGE. ADAMS EST UN SYSTÈME ÉLECTRONIQUE EN LIGNE QUI ASSURE QUE LES DONNÉES SOIENT RENDUES ACCESSIBLES UNIQUEMENT AUX ORGANISATIONS ANTIDOPAGE AUTORISÉES CONFORMÉMENT AU CODE.

CE DOCUMENT A POUR BUT DE M'INFORMER QUE LES DONNÉES PERSONNELLES ME CONCERNANT SERONT TRAITÉES (À SAVOIR SAISIÉS, TRANSMISES, UTILISÉES ET CONSERVÉES) DANS ADAMS. EN SIGNANT LE FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE AU VERSO, J'ATTESTE AVOIR ÉTÉ DUMENT INFORMÉ(E) ET DONNE MON CONSENTEMENT EXPRÈS À CE TRAITEMENT.

Je comprends et je consens que :

1. Mes données relatives au contrôle du dopage sont toutes les données relatives à la procédure incluant la planification des contrôles, la collecte des échantillons et leur manipulation, l'analyse en laboratoire, la gestion des résultats, les auditions et les appels;
2. Les résultats d'analyses de laboratoire comprennent les données suivantes : détection d'une substance interdite, de ses métabolites ou de ses marqueurs ou de toute preuve d'usage d'une méthode interdite identifiée sur la liste des interdictions ; détection de la présence d'autres substances non comprises dans la liste des interdictions mais requise par l'AMA conformément au programme de surveillance décrit à l'art. 4.5 du Code ; profil longitudinal des paramètres hématologiques tels que l'hémoglobine et le taux de globules rouges sur une période de temps spécifique ainsi que ration T/E ;
3. Mes données relatives au contrôle du dopage seront rendues accessibles, par le biais d'ADAMS, uniquement aux Organisations antidopage autorisées conformément au Code;
4. L'AMA et les Organisations antidopage ne transmettront mes données relatives au contrôle du dopage qu'aux personnes au sein de leurs organisations qui en ont besoin ; et
5. Mes données relatives au contrôle du dopage seront conservées dans ADAMS pour une période minimale de 8 ans, la période de 8 ans étant la période pendant laquelle une action peut être ouverte à la suite de la violation d'une règle antidopage contenue dans le Code.

#### AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En signant le formulaire de contrôle du dopage au verso, je consens expressément au traitement de mes données relatives au contrôle du dopage par ADAMS à la condition que ces données soient uniquement utilisées dans le cadre des programmes antidopage en conformité avec le Code;

# Formulaire complémentaire



NADO Vlaanderen

Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL

E-mail : dopinglijn@vlaanderen.be

## Il s'agit du contrôle de dopage de :

le : jour  mois  anné  
e

## Rempli par :

le médecin de contrôle  le sportif  autres : \_\_\_\_\_

## Constations

- le sportif refuse toute coopération  remarques
- déclaration sur les médicaments pris  rapport complémentaire du médecin de contrôle
- échantillon d'urine insuffisant
- autres : \_\_\_\_\_

## Rapport complémentaire

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

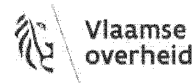
## Signature

Date de la signature : jour  mois  anné  
e  heure

nom et signature du sportif  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nom et signature du médecin de contrôle  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Demande « Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques »



NADO Vlaanderen  
 Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL  
 Tél. : 02-553 34 83 Fax : 02-553 36 50 E-mail : ttn@vlaanderen.be  
 Veuillez compléter toutes les rubriques EN CAPITALES

### Coordonnées du sportif

prénom et nom .....

adresse .....

code postal et commune .....

numéro de téléphone .....

homme     femme

date de naissance (jj/mm/aaaa)

adresse e-mail .....

sport .....

discipline sportive .....

organisation sportive internationale ou nationale .....

#### Veuillez cocher votre niveau de sport ci-dessous :

- Je suis un sportif d'élite / je pratique un sport au niveau international
- Je suis un sportif en compétition au niveau :
- national
- provincial
- local
- Je suis un sportif récréatif (et non pas en compétition).

Lorsque l'athlète est atteint d'un handicap, veuillez mentionner l'handicap .....

### Informations médicales

Diagnostic .....

La preuve qui confirme le diagnostic doit être annexée à la présente demande et doit être envoyée avec la demande. La preuve médicale doit comprendre un historique médical étendu ainsi que les résultats de tous les examens pertinents, des examens de laboratoire et des examens d'imagerie médicale. Dans la mesure du possible, vous joignez des copies de rapports originaux ou de lettres originales de sorte que la preuve soit aussi objective que possible en ce qui concerne les circonstances cliniques. En cas d'affections non démontrables, vous joignez une opinion médicale indépendante à titre d'appui à la présente demande.

**Lorsque des médicaments autorisés peuvent également être utilisés pour traiter l'affection, vous donnez une justification clinique pour l'usage des médicaments interdits.**

Demande « Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques » – page 2 de 3

### Données sur l'usage de médicaments

Substance(s) interdite(s) (dénomination générique)	Dose	Méthode d'administration	Fréquence
1.			
2.			
3.			

Durée prévue du traitement

- usage unique
- urgence
- pendant (semaine/mois)

Avez-vous déjà introduit une « autorisation d'usage à des fins thérapeutiques » avant ?  oui  non

Pour quelle substance ?

Après de quelle instance  
antidopage ?

Quand ?

Décision ?  approuvée  
 non approuvée

### Déclaration du médecin traitant

Je déclare que le traitement précité est nécessaire du point de vue médical, et que l'usage de médicaments alternatifs qui ne figurent pas sur la liste des interdictions serait inadéquat pour cette affection.

nom et spécialité

adresse, code postal et  
commune

numéro de téléphone

numéro de  
fax

adresse e-mail

signature du médecin traitant

date

jour

mois

année

Demande « Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques » – page 3 de 3

## Déclaration du sportif

Je, \_\_\_\_\_ déclare que mes données sont correctes et que je demande

l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui figure sur la liste des interdictions de l'AMA. Je donne mon consentement à ce que des informations médicales personnelles soient fournies à l'organisation antidopage (OAD) ainsi qu'au personnel autorisé de l'AMA, au CAUT (Comité des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et aux autres CAUT de l'organisation antidopage ainsi qu'au personnel autorisé qui a le droit de consulter ces informations conformément aux dispositions du Code.

Je comprends que mes informations seront uniquement utilisées pour évaluer ma demande d'AUT et dans le cadre d'enquêtes et de procédures relatives à des violations possibles des règles antidopage. Je sais que lorsque je souhaite (1) obtenir de plus amples informations sur l'usage de mes informations ; (2) exercer mon droit d'accès et de correction, ou (3) révoquer le droit de ces organisations de consulter mes informations de santé, je dois en informer mon médecin et mon OAD par écrit. Je sais et consens qu'il puisse être nécessaire que des informations relatives à l'AUT que j'ai transmises avant ma révocation de la présente autorisation soient tenues, dans le seul but de constater une violation possible de la législation antidopage, lorsque cela est exigé par le Code.

Je sais que, lorsque j'estime que mes informations personnelles ne sont pas utilisées conformément à la présente autorisation et le standards internationaux de protection de la vie privée et des données personnelles, je peux introduire une plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

signature du sportif

date jour   mois   année

Lorsque le sportif est mineur ou handicapé en raison de quoi il ne peut pas signer le présent formulaire, un parent ou tuteur signe avec ou pour l'athlète.

signature du parent/représentant légal

date jour   mois   année

nombre  
d'annexes \_\_\_\_\_

Vos données personnelles sont traitées conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Veillez transmettre le formulaire rempli à la commission AUT (et garder une copie vous-même) :

Vlaamse overheid  
NADO Vlaanderen  
Arenbergstraat 9  
1000 Brussel  
Fax : 02-553 36 50  
E-mail : ttn@vlaanderen.be

## **Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” (TTN)/ Demande d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques” (AUT) / Therapeutic use exemptions (TUE)**

**NADO Vlaanderen**

Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL

Tel: 02-553 34 83

Fax: 02-553 36 50

E-mail: [ttn@vlaanderen.be](mailto:ttn@vlaanderen.be)

Gelieve alle rubrieken in te vullen IN DRUKLETTERS.

Veuillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.

Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS OR TYPING.

### Gegevens van de sporter / Renseignements sur le sportif / Athlete information

voornaam en naam/prénom et nom/first and last name \_\_\_\_\_

adres/adresse/address \_\_\_\_\_

postnummer en gemeente/code postal  
et commune/postal code and city \_\_\_\_\_

telefoonnummer/numéro de téléphone/phone number \_\_\_\_\_

 man/homme/male       vrouw/femme/femalegeboortedatum (dd/mm/jjjj)/date de naissance (jj/mm/aaaa)/birthday (dd/mm/yyyy) 

--	--	--	--	--	--

e-mailadres/courriel/e-mail \_\_\_\_\_

sport \_\_\_\_\_

sportdiscipline/discipline \_\_\_\_\_

internationale of nationale sportorganisatie/organisation sportive  
internationale ou nationale/international or national sport organization \_\_\_\_\_

#### **Kruis hieronder uw sportniveau aan/Cochez ci-dessous votre niveau sportif/Please tick below your sport level:**

 Ik ben een elitesporter, ik sport op internationaal niveau/Je suis un sportif d'élite, je fais du sport au niveau international/I am an elite athlete, I practise sport at international level. Ik ben een competitieve sporter op:/Je suis un sportif compétitif au:/I am a competitive athlete at: nationaal niveau/niveau national/national level provinciaal niveau/niveau provincial/provincial level lokaal niveau/niveau local/local level Ik ben een recreatieve sporter (en doe niet aan competitie)/Je suis un sportif récréatif (et ne fais pas de la compétition)/I am a recreational athlete (and do not participate in any competition).Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te  
vermelden/Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser  
lequel/If athlete with disability, indicate disability \_\_\_\_\_



Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 2 van 6

**Medische informatie / Renseignements médicaux / Medical information**

Diagnose/diagnostic/diagnosis

Het bewijs dat de diagnose bevestigd, moet aan deze aanvraag gehecht worden en er samen mee opgestuurd worden. Het medische bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis bevatten en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingsonderzoeken. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe zodat het bewijs zo objectief mogelijk is in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag.

Le justificatif confirmant le diagnostic doit être joint à la présente demande et doit être envoyé simultanément. Le justificatif doit contenir un historique médical détaillé ainsi que les résultats de tous les examens médicaux pertinents, analyses de laboratoire et examens d'imagerie médicale. Vous joindrez, dans la mesure du possible, les copies des rapports ou courriers originaux de sorte que la preuve soit la plus objective possible dans des conditions cliniques. En cas d'affections non démontrables, vous joindrez à cette demande un second avis médical indépendant.

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should 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. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

Als ook toegelaten geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de aandoening te behandelen, geeft u een klinische verantwoording voor het gebruik van de verboden geneesmiddelen.

Si des médicaments autorisés peuvent également être utilisés pour traiter l'affection, veuillez fournir un justificatif clinique à l'utilisation de médicaments interdits.

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

**Gegevens over het geneesmiddelengebruik / Médicament(s) concerné(s) / Medication details**

Verboden substantie(s) (generische benaming) Substance(s) interdite(s) (nom générique) Prohibited substance(s) (generic name)	Dosis Posologie Dose	Toedieningswijze Voie d'administration Route	Frequentie Fréquence d'administration Frequency
1.			
2.			
3.			

Geplande duur van de behandeling/durée prévue du traitement/intended duration of treatment:

- eenmalig gebruik/une seule dose/once only
- noodgeval/urgence/emergency
- gedurende (week/maand)/durée (semaine/mois)/duration (week/month)

## Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 3 van 6

Hebt u al eerder een aanvraag “toestemming wegens therapeutische noodzaak” ingediend?  ja  neen

Avez-vous déjà demandé une “autorisation d’usage à des fins thérapeutiques”?  oui  non

Have you submitted any previous “therapeutic use exemption” application?  yes  no

voor welke substantie?/pour quelle  
substance?/for which substance? \_\_\_\_\_

bij welke antidopinginstantie?/auprès de quelle organisation  
antidopage?/to which anti-doping organisation? \_\_\_\_\_

wanneer?/quand?/when? \_\_\_\_\_

beslissing?/décision?/decision?  goedgekeurd/acceptée/approved

niet-goedgekeurd/refusée/not approved

**Verklaring van de behandelende arts / Déclaration du médecin / Medical practitioner's declaration**

Ik 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.

naam en specialisme \_\_\_\_\_

adres, postnr. en gemeente \_\_\_\_\_

telefoonnummer \_\_\_\_\_

faxnummer \_\_\_\_\_

e-mailadres \_\_\_\_\_

handtekening van de behandelende arts \_\_\_\_\_

datum

dag

maand

jaar

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l’usage de médicaments alternatifs n’apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l’état pathologique décrit ci-dessus.

nom et spécialité médicale \_\_\_\_\_

adresse, code postal et  
commune \_\_\_\_\_

numéro de téléphone \_\_\_\_\_

télécopieur \_\_\_\_\_

courriel \_\_\_\_\_

signature du médecin \_\_\_\_\_

date

jour

mois

année

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

name and medical specialty \_\_\_\_\_

address, postal code and  
city \_\_\_\_\_

Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 4 van 6

phone number \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_  
 signature of medical practitioner \_\_\_\_\_ date day   month   year

### Verklaring van de sporter / Déclaration du sportif / Athlete's declaration

Ik, \_\_\_\_\_ verklaar dat mijn gegevens correct zijn en dat ik de goedkeuring vraag om een stof of methode te gebruiken die op de verboden lijst van het WADA staat. Ik verleen mijn toestemming voor het verstrekken van persoonlijke medische informatie aan de antidopingorganisatie (ADO) evenals aan het gemachtigd personeel van het WADA, aan het CTTN (Comité voor toestemmingen wegens therapeutische noodzaak) van het WADA en aan de andere CTTN's van de antidopingorganisatie evenals aan het gemachtigd personeel dat het recht heeft om deze informatie in te kijken conform de bepalingen van de code.

Ik begrijp dat mijn informatie slechts zal worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures met betrekking tot mogelijke overtredingen van de antidopingregels. Ik weet dat indien ik wens (1) om meer informatie te verkrijgen over het gebruik van mijn informatie; (2) om mijn recht op toegang en verbetering uit te oefenen, of (3) om het recht van deze organisaties om mijn gezondheidsinformatie in te zien, te herroepen, ik mijn huisarts en mijn ADO hiervan schriftelijk op de hoogte moet brengen. Ik weet en stem ermee in dat het nodig kan zijn dat TTN-gerelateerde informatie die ik vóór mijn herroeping van deze toestemming heb overgemaakt, wordt bijgehouden met als enig doel het vaststellen van een mogelijke overtreding van de antidopingwetgeving, wanneer dit door de Code wordt vereist.

Ik weet dat, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, ik klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

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  
 vertegenwoordiger \_\_\_\_\_ datum dag   maand   jaar

aantal bijlagen \_\_\_\_\_

## Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 5 van 6

Je soussigné, \_\_\_\_\_ certifie que mes données sont exactes et que je

demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode de la liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation des informations médicales personnelles au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) et à d'autres CAUT d'OAD et personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces informations en vertu des dispositions du Code.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et mon OAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code. Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du standard international pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

signature du sportif

date jour   mois   année    

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

signature d'un des parents ou du tuteur légal

date jour   mois   année    

nombre d'annexes \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ certify that the athlete information is accurate and

that I am requesting approval to use a substance or method from the WADA prohibited list. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the international standard for the protection of privacy and personal information I can file a complaint to WADA or CAS.

athlete's signature

date day   month   year    

If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete.

Aanvraag “Toestemming wegens therapeutische noodzaak” – pagina 6 van 6

parent's/guardian's signature

date day   month   year

number of attachments

---

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

Vos données personnelles seront traitées conformément à la loi du 8 décembre 1992 de protection de la vie privée relatif au traitement de données à caractère personnel.

Your personal data are processed in accordance with the law of December 8, 1992 for the protection of privacy with respect to the processing of personal data.

**Gelieve het ingevulde formulier over te maken aan de TTN-commissie (faxnr: 02-553 36 50, adres: Vlaamse overheid, NADO Vlaanderen, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) en zelf een kopie te bewaren.**

**Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à la comité AUT (n° de fax: 02-553 36 50, adresse: Vlaamse overheid, NADO Vlaanderen, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) et en conserver personnellement une copie.**

**Please submit the completed form to the TUE committee (fax: 02-553 36 50, address: Vlaamse overheid, NADO Vlaanderen, Arenbergstraat 9, 1000 Brussel) and keep a copy for your records.**

# Beslissing

## "Toestemming wegens therapeutische noodzaak"



TTN-commissie Vlaanderen  
Arenbergstraat 9  
1000 Brussel

Tel: 02-553 34 83  
Fax: 02-553 36 50  
E-mail: [ttn@vlaanderen.be](mailto:ttn@vlaanderen.be)

DOSSIERNUMMER:

### Samenstelling van de TTN-commissie

voorzitter Dr. \_\_\_\_\_  
lid Dr. \_\_\_\_\_  
lid Dr. \_\_\_\_\_

### Gegevens van de sporter

voornaam en naam \_\_\_\_\_  
geboortedatum \_\_\_\_\_  
verboden stof(fen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beslissing van de TTN-commissie

**Toestemming** van tot en met

Datum van de beslissing

Dr.  
Voorzitter TTN-commissie

## Toestemming wegens therapeutische noodzaak Grant for TUE / Accord d' AUT



TTN-commissie Vlaanderen/TUE committee Flanders/  
Comité AUT Flandres  
Arenbergstraat 9  
1000 Brussel  
BELGIE

Tel: 0032-2-553 34 83  
Fax: 0032-2-553 36 50  
E-mail: ttn@vlaanderen.be

DOSSIERNUMMER/FILE NUMBER/N° DE DOSSIER:

### Samenstelling van de TTN-commissie / Constitution of TUE Committee / Composition du Comité AUT

voorzitter / chairman / président Dr. \_\_\_\_\_  
lid / member / membre Dr. \_\_\_\_\_  
lid / member / membre Dr. \_\_\_\_\_

### Gegevens van de sporter / Athlete's information / Renseignements sur le sportif

voornaam en naam / first name and name / prénom et nom \_\_\_\_\_  
geboortedatum / birthday / date de naissance \_\_\_\_\_  
verboden stof(fen) / banned substance(s) / substance(s) interdite(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beslissing van de TTN-commissie / TUE Committee decision / Décision du Comité AUT

Toestemming / grant / accord van / from / dès que tot en met / till / jusqu' au  
Datum van de beslissing / date of decision / date de la décision

Dr.  
Voorzitter TTN-commissie / chairman TUE Committee / président du Comité AUT

## Décision « Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques »



Commission AUT Flandre  
Rue d'Arenberg 9  
1000 Bruxelles

Tél. : 02-553 34 83  
Fax : 02-553 36 50  
E-mail : ttn@vlaanderen.be

NUMERO DE DOSSIER :

### Composition de la commission AUT

président Dr. \_\_\_\_\_  
membre Dr. \_\_\_\_\_  
membre Dr. \_\_\_\_\_

### Coordonnées du sportif

prénom et nom \_\_\_\_\_  
date de naissance \_\_\_\_\_  
substance(s) interdite(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Décision de la commission AUT

#### Refus

Raison du refus :

Date de la décision

Dr.  
Président de la commission AUT