



# Íþróttá- og Ólympíusamband Íslands

The National Olympic and Sports Association of Iceland

## UMSÓKN UM UNÐANÞÁGU

til að nota efni af lista WADA yfir bönnuð efni og aðferðir í lækningaskyni

*Application for approval for the therapeutic use of a substance on the WADA list of prohibited substances and methods  
(Therapeutic Use Exemption Application)*

### 1. Upplýsingar um íþróttamann

*Athlete information*

Nafn: \_\_\_\_\_  
*Name*

Kona / *female* Karl / *male*

Heimilisfang: \_\_\_\_\_  
*Address*

Fæðingardagur (d/m/á): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Date of birth (d/m/y)*

Póstnúmer: \_\_\_\_\_  
*Postal code*

Heimasími: \_\_\_\_\_  
*Telephone home*

Vinnusími: \_\_\_\_\_  
*Telephone work*

Farsími: \_\_\_\_\_  
*Mobile phone*

Netfang: \_\_\_\_\_  
*E-mail*

Íþrótt (og íþróttagrein ef við á): \_\_\_\_\_  
*Sport (and discipline if applicable)*

Íþróttafélag \_\_\_\_\_  
*Sports club*

Sérsamband innan ÍSÍ: \_\_\_\_\_  
*National federation*

Ef um fatlaðan íþróttamann er að ræða, getið þá um fötlun: \_\_\_\_\_  
*If athlete with disability, indicate disability*

### 2. Upplýsingar um meðhöndlandi lækni

*Notifying medical practitioner information*

Nafn: \_\_\_\_\_  
*Name*

Prófgráður (sérgrein ef við á): \_\_\_\_\_  
*Qualifications (medical speciality if applicable)*

Aðsetur: \_\_\_\_\_  
*Address*

Póstnúmer: \_\_\_\_\_  
*Postal code*

Heimasími: \_\_\_\_\_  
*Telephone home*

Vinnusími: \_\_\_\_\_  
*Telephone work*

Farsími: \_\_\_\_\_  
*Mobile phone*

Netfang: \_\_\_\_\_  
*E-mail*

Hefur lækni viðkomandi sérsambands verið tilkynnt um umsóknina?  Já / *yes*  Nei / *no*

Ef við á og unnt er skal lækni viðkomandi sérsambands tilkynnt um umsóknina, svo hann geti staðfest nauðsyn þeirrar lyfjameðferðar sem sótt er um undanþágu fyrir.

*Has the National Sporting Organisations Chief Medical Officer been notified of this request?*

*The national federations physicians, if relevant and/or possible should be notified and attesting to the necessity of prescribed treatment.*

Nafn læknis viðkomandi sérsambands: \_\_\_\_\_  
*Name of the NSO's Chief Medical Officer*

### 3. Sjúkdómsgreining og lyfjanotkun sem sótt er um undanþágu fyrir

*Details of diagnosis and medication*

Sjúkdómsgreining \_\_\_\_\_

*Diagnosis*

Allar viðeigandi upplýsingar sem staðfesta sjúkdómsgreiningu þurfa að fylgja með umsókn, þar með talin ítarleg sjúkrasaga varðandi hana og niðurstöður úr öllum athugunum og mælingum eftir því sem við á. Afrit af frumgögnum þurfa að fylgja ef unnt er. Gögn þurfa að vera eins hlutlæg og kostur er, miðað við fyrirbyggjandi heilsufarsupplýsingar. Fleiri óháð læknisvottorð sem styðja sjúkdómsgreininguna geta stutt umsóknina ef önnur gögn liggja ekki fyrir.

*Supporting material confirming diagnosis shall accompany the application, including comprehensive medical history relevant for the diagnosis and results from all relevant examinations, analysis results and other results and reports as appropriate. Copy of all original reports should be included if possible. Material shall be as objective as possible based on available clinical circumstances. Independent supportive medical declarations will assist the application if no other supportive material is available.*

Bannað efni og heiti sérlyfs <i>Prohibited substance and trade name of drug)</i>	Skammtastærð <i>Dose of administration</i>	Íkomuleið <i>Route of administration</i>	Tíðni notkunar <i>Frequency of use</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Áætluð lengd meðhöndlunar: \_\_\_\_\_

*Anticipated duration of this medication plan*

Ástæður þess að ekki er hægt að nota önnur leyfileg lyf:

*Reasons for not being able to prescribe alternative non-prohibited therapies*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ef unnt er að nota annað lyf sem ekki inniheldur bannað efni til að meðhöndla íþróttamanninn verður að færa læknisfræðileg rök fyrir því að nauðsynlegt sé að nota hið bannaða efni.

*If a medication not containing a prohibited substance can be used in the treatment of the athlete, a clinical justification shall be given for the use of the prohibited substance.*

Hefur áður verið sótt um undanþágu vegna lyfjanotkunarinnar: Já / yes Nei / no

*Previous application(s)*

Ef já, hvenær (d/m/á): / /

*If yes, date (d/m/y)*

Hvert var sótt um undanþágu: \_\_\_\_\_

*To which Antidoping Organisation were previous applications sent*

Afgreiðsla fyrri umsókna (afrit þarf að fylgja umsókn):

*Result of previous applications (attach previous TUEs)*

Undanþága veitt

*TUE granted*

Undanþága ekki veitt

*TUE not granted*



Ég staðfesti að upplýsingarnar í lið 1 eru réttar og að ég sækir hér með um undanþágu til að nota efni eða aðferð af lista WADA yfir bönnuð efni og aðferðir í lækningaskyni. Ég samþykki að þeim sem fjalla um þessa umsókn verði veittur aðgangur að heilsufarsupplýsingum um mig, sem varða þá sjúkdómsgreiningu sem hér er tilgreind, þar með talið WADA, ef stofnunin fjallar um áfrýjun vegna synjunar umsóknar eða endurskoðar samþykkt umsóknar. Mér er ljóst að ef ég afturkalla þetta samþykki þarf ég að gera lækni mínum skriflega grein fyrir því og að slík afturköllun getur haft í för með sér að veitt undanþága verði afturkölluð.

*I certify that the information under 1 is accurate and that I am requesting approval to use a substance or method from the WADA Prohibited List. I authorise the release of my personal medical information relevant for the described diagnosis to those organisations handling this application, including WADA should they handle an appeal or re-examine the approval. I understand that if I ever wish to revoke this authorisation I must notify my medical practitioner in writing. I understand that a revocation of the authorisation may result in a retraction of given approval for the use of prohibited substance/method.*

MÉR ER LJÓST AÐ UMSÓKN UM UNÐANÞÁGU KREFST MEÐHÖNDLUNAR (TIL DÆMIS SENDING, BIRTING, NOTKUN OG GEYMSLA) ALLRA GAGNA SEM TENGJAST UMSÓKNINNI MEÐ LYFJAEFTIRLITS UTANUMHALDS OG EFTIRLITSKERFINU (ADAMS) TIL AÐ TRYGGJA, SAMÞÆTT OG ÁRANGURSRÍKT EFTIRLIT MEÐ MISNOTKUN LYFJA. MARKMIÐIÐ ER AÐ UPPGÖTVA, UPPLÝSA OG FYRIRBYGGJA LYFJAMISNOTKUN. UNDIRRITUN UMSÓKNARINNAR STAÐFESTIR AÐ MÉR HEFUR VERIÐ TILKYNNT UM ÞAÐ OG ÉG GEF MITT SAMÞYKKI FYRIR SLÍKRI MEÐHÖNDLUN UMSÓKNARINNAR OG GAGNA TENGÐUM HENNI.

I AM AWARE THAT AN APPLICATION FOR A TUE REQUIRES THE PROCESSING (FOR EXAMPLE TRANSMISSION, DISCLOSURE, USE AND STORAGE) OF ALL DATA PERTAINING TO SUCH APPLICATION THROUGH THE ANTIDOPING ADMINISTRATION AND MANAGEMENT SYSTEM (ADAMS) TO ENSURE HARMONIZED, COORDINATED AND EFFECTIVE ANTI-DOPING PROGRAMS FOR DETECTION, DETERRENCE AND PREVENTION OF DOPING. SIGNING THIS FORM WILL INDICATE THAT I HAVE BEEN SO INFORMED AND THAT I GIVE MY EXPRESS CONSENT TO SUCH PROCESSING OF DATA.

Ákveði ég að nota ADAMS, er mér kunnugt um og samþykki að umsókn mín um undanþágu verði meðhöndluð með ADAMS, af mér eða lyfjæftirlitsyfirvöldum. Mér er kunnugt um að eyðublað þetta verði skráð, ásamt öðrum gögnum tengdum umsókninni í ADAMS. Ég er þess áskynja og samþykkur að umsóknin og gögn tengd henni verði gerð aðgengileg með ADAMS til lyfjæftirlitsyfivalda, til WADA og undanþágunefndar ÍSÍ. Mér er kunnugt um og samþykki að ef undanþágan er samþykkt, verður hún ásamt tengdum gögnum vistuð á rafrænan hátt í ADAMS í að minnsta kosti 8 ár, það er sá tími sem hægt er að grípa til lögsóknar vegna brota á lyfjareglum sem fram koma í grundvallarreglum Alþjóða Lyfjæftirlitsstofnunarinnar.

If I decide to use ADAMS, I understand and agree that my application for a TUE will only be considered following the submission in ADAMS, by myself or by my ADO, of the present completed application form, as well as all relevant documents related to the application. I understand and agree that my TUE related data will be made accessible through ADAMS to the authorized ADO, to WADA and to the Therapeutic Use Exemption Committee. I understand and agree that if a TUE is granted, such TUE and the related information will be stored electronically 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.

**WADA, lyfjæftirlitsyfirvöld og undanþágunefnd ÍSÍ** láta ekki gögn tengd lyfjaprófi því sem ég gengst undir í hendur annarra en þeirra aðila hjá lyfjæftirlitsyfirvöldum sem til þess hafa réttindi eins og getið er um í grundvallarreglum Alþjóða Lyfjæftirlitsstofnunarinnar.

*WADA, Anti-Doping Organizations and Therapeutic Use Exemption Committees will not disclose any of my TUE related information beyond those persons within their organization with a need to know according to the Code.*

#### Afsal

Hér með afsala ég kröfur á hendur WADA sem og lyfjæftirlitsyfirvöldum og undanþágunefnd af öllum lögsóknum, kröfum, ábyrgðum, skemmdum og kostnaði sem ég ber tengdum meðhöndlun gagna í ADAMS tengdum undanþágumsókn minni.

#### RELEASE

*I hereby release WADA as well as ADOs and TUE Committees from all claims, demands, liabilities, damages, costs and expenses that I may have arising in connection with the processing of my TUE related data through ADAMS.*

#### AFTURKÖLLUN SAMÞYKKIS

Hafi ég ákveðið að nota ADAMS átta ég mig á að ég get hvenær sem er dregið til baka samþykki mitt fyrir meðhöndlun gagna tengdri undanþágumsókninni með ADAMS. Ég er þess einnig áskynja að afleiðing þess að draga samþykkið til baka getur verið að undanþágan fái ekki samþykki eða endurnýjun gildandi undanþágu.

#### WITHDRAWAL OF CONSENT

*If I have decided to use ADAMS, I understand that I may at any time revoke my consent for the processing of my TUE related data through ADAMS. I also understand that as a consequence of such withdrawal of consent, I will not receive approval for a TUE or a renewal of an existing TUE.*

Undirritun íþróttamanns: \_\_\_\_\_ Dags.: \_\_\_\_\_  
*Signature of the athlete Date*

Undirritun foreldris/forráðamanns: \_\_\_\_\_ Dags.: \_\_\_\_\_  
*Signature of parent/guardian Date*

Ef íþróttamaður er ekki lögráða eða getur ekki undirritað vegna fötlunar skal foreldri hans eða forráðamaður undirrita ásamt honum eða fyrir hönd hans.

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

**Útfyllt umsóknareyðublað skal senda Undanþágunefnd Lyfjaráðs ÍSÍ án tafar þegar sjúkdómsgreining og þörf fyrir notkun lyfs af bannlista liggur fyrir. Ef upplýsingar eru ekki fullnægjandi verður eyðublaðið endursent án umfjöllunar.**

**Undanþágunefnd Lyfjaráðs ÍSÍ  
Íþróttamiðstöðinni í Laugardal  
Engjavegi 6  
104 Reykjavík**



Til íþróttamanna sem sækja um undanþágu vegna notkunar innöndunar astmalyfja.

Samkvæmt Alþjóðlegum reglum um undanþágur vegna lækninga eru nokkur atriði sem sjúkraskrá vegna astma meðhöndlunar ber að innihalda að lágmarki.

Skráin verður að endurspegla bestu klínísku starfsvenjur varðandi greiningu:

- Fulla sjúkrasögu
- Ítarlega skýrslu um klínísku skoðunina með sérstakri áherslu á öndunarkerfið
- Skýrsla um öndunarmælingu með mælingu á þvinguðu útöndunarmagni á einni sekúndu (FEV1)
- Ef öndunarvegshindrun er til staðar, verður öndunarmæling endurtekin eftir innöndun á skammvirku Beta2 gerandefni til að sýna viðsnúningshæfni berkjuþrengingar
- Ef ekki er um að ræða viðsnúanlega öndunarvegshindrun, þarf berkjuviðnámspróf til að sýna fram á ofursvörun öndunarvegsins

**Mikilvægt er að þau atriði sem talin eru upp hér að ofan komi fram og jafnframt afrit af niðurstöðum þar sem við á.**