



**TÜRKİYE  
DOPİNGLE MÜCADELE  
KOMİSYONU**  
TURKISH ANTI-DOPING  
COMMISSION

***Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası (TAKİ) BAŞVURU FORMU***  
*Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form*

**Tüm bölümleri büyük harflerle ya da bilgisayarda yazarak doldurunuz. Sporcular bölüm 1, 5, 6 ve 7'yi; hekimler bölüm 2, 3 ve 4'ü dolduracaklardır. Okunaksız ya da eksik başvurular iade edilecektir ve okunaklı ve eksiksiz olacak şekilde yeniden beyan edilecektir.**

*Please complete all section in capital letters or by typing. Athletes to complete sections 1, 5, 6 and 7; physicians to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.*

**1. Sporcu Bilgileri / Athlete Information**

**Soyadı / Surname:** \_\_\_\_\_ **Adı / Given Names:** \_\_\_\_\_

**Kadın/Female**  **Erkek/Male**  **Doğum Tarihi (g/a/y) / Date of Birth (d/m/y) :** \_\_\_\_\_

**Adres / Address:** \_\_\_\_\_

**Şehir / City:** \_\_\_\_\_ **Ülke / Country:** \_\_\_\_\_

**Posta Kodu / Postcode:** \_\_\_\_\_ **Telefon / Tel:** \_\_\_\_\_  
(Uluslararası kod ile) / (with International code)

**E-posta /E-mail:** \_\_\_\_\_

**Spor Dalı / Sport:** \_\_\_\_\_ **Konumu / Position:** \_\_\_\_\_

**Uluslararası veya Ulusal Spor Kuruluşu / International or National Sport Organization:**  
\_\_\_\_\_

**Sporcu engelli ise engel durumunu belirtiniz / If you are an athlete with an impairment, indicate the impairment:**  
\_\_\_\_\_

**2. Tıbbi Bilgiler** (gerektiği takdirde ayrı bir sayfadan devam edebilirsiniz.) /  
*Medical Information / (continue on seperate sheet if necessary)*

**Teşhis /Diagnosis**

**Hastalığın tedavisinde yasaklı olmayan bir madde kullanılabiliriyorsa, lütfen Yasaklı Maddenin kullanılmasının tıbbi gerekçelerini belirtiniz / If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication**

**Teşhisle ilgili Not / Comment about Diagnosis**

Teşhisi doğrulayan kanıtlar eklenmeli ve bu başvuru ile birlikte iletilmelidir. Tıbbi kanıtlar kapsamlı bir tıbbi geçmiş ve ilgili bütün muayenelerin sonuçlarını, laboratuvar incelemelerini ve radyolojik incelemeleri içermelidir. Raporların ya da mektupların orijinallerinin kopyaları da mümkün olduğu takdirde eklenmelidir. Kanıtlar, klinik koşullarda mümkün olduğunca tarafsız olmalıdır. İspat edilebilir olmayan durumlar söz konusu olduğunda, bu başvuru bağımsız destekleyici tıbbi görüşler ile desteklenecektir. /

WADA, TAKİ başvurularının eksiksiz ve detaylı bir şekilde hazırlanması konusunda hekimlere yardımcı olmak amacıyla bir dizi yönerge yayınlamaktadır. Bu TAKİ Hekim Yönergelerine WADA'nın websitesi olan <https://www.wada-ama.org> adresinden "Medical Information" terimi aratılarak ulaşılabilir. Bahsi geçen yönergeler, yaygın olarak sporcuları etkileyen ve yasaklı maddelerle tedavi edilmesi gereken birtakım sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisi konularını ele almaktadır.

*Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must 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. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.*

*WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.*

### 3. Tedavi detayları / Medication details

<b>Yasaklı Madde(ler) /</b> <i>Prohibited substance(s):</i> <b>Etken Madde İsmi /</b> <i>Generic Name</i>	<b>Doz /</b> <i>Dose</i>	<b>Uygulama Yolu /</b> <i>Route of</i> <i>Administration</i>	<b>Sıklık /</b> <i>Frequency</i>	<b>Tedavi Süresi/</b> <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

### 4. Hekimin beyanı / Medical practitioner's declaration

**Yukarıdaki bölüm 2 ve 3 kapsamında vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu ve yukarıda bahsi geçen tedavinin tıbbi açıdan uygun olduğunu beyan ederim. /**  
*I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.*

**İsim / Name:** \_\_\_\_\_

**Tıpta Uzmanlık Alanı / Medical speciality:** \_\_\_\_\_

**Adres / Address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefon / Tel:** \_\_\_\_\_ **Faks / Fax:** \_\_\_\_\_

**E-posta / E-mail:** \_\_\_\_\_ **Tarih / Date:** \_\_\_\_\_

**Hekimin İmzası / Signature of Medical Practitioner:** \_\_\_\_\_

## 5. Geçmişe Dönük Başvurular / Retroactive applications

<p><b>Bu geçmişe dönük bir başvuru mudur? /</b> <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p><b>Evet/ Yes:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Hayır/No:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Öyle ise, tedavinin başlangıç tarihi nedir?</b> <i>/ If yes, on what date was treatment started?</i></p> <hr/>	<p><b>Lütfen gerekçesini belirtiniz / Please indicate reason:</b></p> <p><b>Acil bir tedavinin ya da akut bir sağlık sorununun tedavi edilmesinin zaruri olmuş olması / Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Diğer istisnai durumlar nedeniyle doping kontrolü öncesinde başvuru yapmak için yeterli zamanın ya da fırsatın olmayışı/ Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Müsabaka öncesinde başvuru yapılması, geçerli kurallar çerçevesinde zorunlu değildir / Advance application not required under applicable rules</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Diğer / Other</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Lütfen Açıklayınız / Please explain:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

## 6. Geçmişteki TAKİ Başvuruları / Previous Applications

<p><b>Daha önce herhangi bir TAKİ başvurusu yaptınız mı? /Have you submitted any previous TUE application(s):</b></p> <p><b>evet / yes</b> <input type="checkbox"/> <b>hayır / no</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Hangi madde ya da yöntem için? / For which substance or method?</b></p> <hr/>
<p><b>Hangi kuruluşa? / To whom?</b> _____</p>
<p><b>Ne zaman? / When?</b> _____</p>
<p><b>Karar / Decision:</b> <b>Onay verildi / Approved</b> <input type="checkbox"/> <b>Reddedildi / Not approved</b> <input type="checkbox"/></p>

## 7. Sporcunun beyanı / Athlete's declaration

Aşağıda imzası bulunan ben, \_\_\_\_\_ bölüm 1, 5 ve 6'da belirtilen bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum. Sağlığım ile ilgili kişisel bilgilerin, *Dünya Dopingle Mücadele Kuralları* ve/veya *Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnalarına* ilişkin Uluslararası Standart çerçevesinde bu bilgileri alma yetkisi olan *Dopingle Mücadele Kuruluşu* (DMK) yetkili çalışanlarına ve aynı zamanda *WADA'nın* yetkili çalışanlarına, *WADA TAKİK'e* (Tedavi Amaçlı Kullanım İstisnası Komitesi) ve ilgili diğer *Dopingle Mücadele Kuruluşlarının* TAKİK'ine ve yetkili çalışanlarına verilmesini onaylıyorum.

Başvurumun değerlendirilmesi ve sonuca bağlanması için gerekli görülen tıbbi bilgilerin yukarıda bahsi geçen şahıslara hekim(ler)im tarafından verilmesini onaylıyorum.

Kişisel bilgilerimin yalnızca *TAKİ* talebimin değerlendirilmesi ve olası dopingle mücadele kural ihlali soruşturmaları ve işlemleri için kullanılacağını anlıyorum. Eğer (1) bana ait sağlığım ile ilgili bilgilerin kullanımını hakkında daha fazla bilgi almak, (2) bilgilerime erişim ve düzeltme hakkımı kullanmak (3) bu kuruluşların sağlığım ile ilgili bilgilere ulaşma hakkımı iptal etmek istersem, bu isteğimi kendi hekimime ve bağlı olduğum *Dopingle Mücadele Kuruluşuna* yazılı olarak iletmek zorunda olduğumu kabul ediyorum. İptal talebim öncesinde verdiğim *TAKİ* ile ilişkili bilgilerin, yalnızca *Dopingle Mücadele Kuralları* uyarınca olası dopingle mücadele kural ihlalinin saptanması amacıyla saklanması gerekebileceğini anlıyorum ve kabul ediyorum.

Bu başvuruya ilişkin verilen kararın bütün *Dopingle Mücadele Kuruluşlarıyla* veya üzerimde *Doping Kontrolü* yapma ve/veya sonuç değerlendirme yetkisi bulunan diğer kuruluşlarla paylaşılmasına onaylıyorum.

Bilgilerimi ve bu başvuruya ilişkin verilen kararı alanların benim ikamet ettiğim ülke dışında olabileceklerini anlıyorum ve kabul ediyorum. Bu ülkelerin bazılarında verilerin korunmasına ve gizliliğe ilişkin yasalar ikamet ettiğim ülkedekilerle eşdeğer olmayabilir.

Kişisel bilgilerimin "Mahremiyetin ve Kişisel Bilgilerin Korunmasına İlişkin Uluslararası Standarda uygun olarak kullanılmaması durumunda, WADA ve CAS nezdinde itiraz edebileceğimi anlıyorum.

I, \_\_\_\_\_, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. 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 World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions..

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health 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 consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me. I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.

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.

**Sporcunun imzası /:** \_\_\_\_\_ **Tarih / Date:** \_\_\_\_\_

*Athlete's signature*

**Ebeveynin veya vasinin imzası** \_\_\_\_\_ **Tarih / Date:** \_\_\_\_\_

*Parent's / Guardian's signature:*

**(Sporcunun reşit olmaması veya bu formu imzalamasını engelleyen bir engelinin bulunması durumunda, bu formun Sporcunun bir ebeveyni veya vasisi tarafından, Sporcuyla birlikte ya da Sporcu adına imzalanması gereklidir. / 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.)**

Formu doldurduktan sonra lütfen [taki@tdmk.org.tr](mailto:taki@tdmk.org.tr) e-posta adresi ya da 0312 428 08 36 nolu faks yoluyla Türkiye Dopingle Mücadele Komisyonuna gönderiniz; bir nüshasını kendinize saklayınız. / Please submit the completed form to Turkish Anti-Doping Commission via by e-mail to [taki@tdmk.org.tr](mailto:taki@tdmk.org.tr) or by fax to 0312 428 08 36 (keeping a copy for your records):