

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

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

Cultuur, Jeugd, Sport en Media

[C – 2008/36478]

23 DECEMBER 2008. — Besluit van de secretaris-generaal houdende wijziging van het besluit van de secretaris-generaal van 25 september 2008 houdende bepaling van de formulieren die voor medisch verantwoorde sportbeoefening gebruikt moeten worden

De Secretaris-Generaal van het Departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media,

Gelet op het decreet van 13 juli 2007 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 20 juni 2008 houdende uitvoering van het decreet van 13 juli 2007 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening;

Gelet op het besluit van de secretaris-generaal van 25 september 2008 houdende bepaling van de formulieren die voor medisch verantwoorde sportbeoefening gebruikt moeten worden,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 5 van het besluit van de secretaris-generaal van 25 september 2008 houdende bepaling van de formulieren die voor medisch verantwoorde sportbeoefening gebruikt moeten worden, wordt vervangen door het volgende :

« Ter uitvoering van artikel 38, § 3, van het besluit van de Vlaamse Regering van 20 juni 2008 houdende uitvoering van het decreet van 13 juli 2007 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening, wordt het model van het formulier van 'aanvraag toestemming wegens therapeutische noodzaak' vastgesteld in bijlage 7 bij dit besluit en wordt het model van het formulier van 'beslissing van de commissie van onafhankelijke artsen inzake de toestemming wegens therapeutische noodzaak' vastgesteld in bijlage 8 bij dit besluit. »

Art. 2. Bijlagen 7, 8 en 9 van het besluit van de secretaris-generaal van 25 september 2008 houdende bepaling van de formulieren die inzake medisch verantwoorde sportbeoefening gebruikt dienen te worden, worden opgeheven.

Bijlagen 1 en 2 bij dit besluit worden als bijlagen 7 en 8 gevoegd bij het besluit van de secretaris-generaal van 25 september 2008 houdende bepaling van de formulieren die inzake medisch verantwoorde sportbeoefening gebruikt dienen te worden.

Art. 3. Dit besluit wordt gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* en treedt in werking op 1 januari 2009.

Brussel, 23 december 2008.

Chr. CLAUS

Beslissing

"Toestemming wegens therapeutische noodzaak"



Antidopingorganisatie Vlaanderen
Medisch Verantwoord Sporten
Arenbergstraat 9
1000 Brussel

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

DOSSIERNUMMER:

Samenstelling van de commissie

voorzitter Dr.
lid Dr.
lid Dr.

Gegevens van de sporter

voornaam en naam
geboortedatum
verboden stof(fen)
.....
.....

Beslissing van de commissie

Toestemming

Weigering

Reden van weigering

Datum van de beslissing

Vervaldatum beslissing

Dr.
Voorzitter commissie van onafhankelijke artsen

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



ADO Vlaanderen / ADO Flanders / OAD Flandres
Medisch Verantwoord Sporten
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 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 commissie / TUE Committee decision / Décision du Comité AUT

Toestemming / grant / accord

Datum van de beslissing / date of decision / date de la décision

Vervaldatum beslissing/ date d'expiration de l'autorisation / date of expiration

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

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



Departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media

Medisch Verantwoord Sporten Tel: 02-553 34 83 Fax: 02-553 36 50
Arenbergstraat 9, 1000 BRUSSEL E-mail: 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

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

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.

Aanvraag "Toestemming wegens therapeutische noodzaak" – pagina 2 van 4

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)

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 _____
 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 middel of methode van de verboden lijst van het WADA te gebruiken. Ik laat toe dat persoonlijke medische informatie vrijgegeven wordt aan de antidopingorganisatie (ADO), en aan het personeel van het WADA, het TUEC (Comité voor de Uitzondering voor Therapeutisch Gebruik) van het WADA, en aan andere ADO's volgens de bepalingen van de WADA-code. Ik begrijp dat, als ik ooit het recht van deze organisaties om mijn gezondheidsinformatie te verkrijgen wens te herroepen, ik mijn arts en mijn ADO daarvan schriftelijk op de hoogte moet brengen.

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

Je, _____ certifie que mes données sont correctes et que je

demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux à l'organisation antidopage (OAD), au personnel de l'AMA, et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), ainsi qu'à toute autre organisation antidopage définie par le Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit de ces organisations d'obtenir en mon nom mes renseignements médicaux, je dois en aviser mon médecin traitant et mon OAD par écrit.

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 staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.

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.

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.