



Komisja
do Zwalczenia
Dopingu w Sporcie

Komisja do Zwalczenia Dopingu w Sporcie

ul. Łazienkowska 6A
00-449 Warszawa, Polska
tel. +48 22 529 88 43, fax +48 22 529 89 12

Polish Anti-Doping Agency

Łazienkowska 6A Str.
00-449 Warszawa, Poland
tel. +48 22 529 88 43, fax +48 22 529 89 12

Zgłoszenie użycia substancji zabronionych Athlete Declaration of Use

Dotyczy tylko glukokortykosteroidów podawanych miejscowo w iniekcji (dostawowych, okołostawowych, dościęgowych, nadtwardówkowych, podskórnych) oraz wziewnie.

Glucocorticosteroids used by non systemic routes, namely intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal injections and inhaled route.

Proszę wypełnić drukowanymi literami lub pismem maszynowym!

Please complete all sections in capital letters or typing!

1. Informacja o sportowcu

1. Athlete information

Nazwisko: Surname:		Imię/Imiona: Given name/names:					
Kobieta: Female:	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna: Male:	<input type="checkbox"/>	Data urodzenia: Date of birth:			
				Dzień/day	Miesiąc/month	Rok/year	
Adres: Address:	Ulica/street						
Kod pocztowy: Postcode:			Miasto: City:				
Państwo: Country:			Telefon: Phone:	Z numerem kierunkowym/with international code			
E-mail: E-mail:							

2. Informacja o uprawianej dyscyplinie sportu

2. Information about your sport

Proszę sprecyzować dyscyplinę sportową, dla której wypełnia Pani/Pan Deklarację Użycia. Proszę wypełnić tylko te pola, które są istotne lub wymagane przez Pani/Pana organizację sportową. Pola wymagane są oznaczone gwiazdką.

In the section below, please specify the sport for which you require a Declaration of Use. Only specify the event if it is relevant and require by your sporting organization, otherwise leave this field blank. Finally, you must select the Sporting Organization to which you are submitting the Declaration of Use. Mandatory information is indicated with an asterisk.

Sport/Dyscyplina*: Sport/Discipline*:	
Organizacja sportowa*: Sporting Organization*:	

Zgłoszenie użycia substancji zabronionych

Athlete Declaration of Use

3. Informacja o lekarzu

3. Information about your physician

Proszę wypełnić informację o Pani/Pana lekarzu. Należy podać przynajmniej jeden telefon kontaktowy (z numerem kierunkowym).

In the section below, please provide information about your physician. Please note that you must provide at least one telephone number in the event that your sporting organization wishes to contact your doctor.

Nazwisko: Surname:		Imię/Imiona: Given name/names:	
Specjalizacja: Qualification & Medical Specialty:			
Adres: Address:	Ulica/street		
Kod pocztowy: Postal code:		Miasto: City:	
		Państwo*: Country*:	
Telefon: Telephone:	Służbowy/work Z numerem kierunkowym/with international code	Komórkowy/mobile Z numerem kierunkowym/with international code	Fax: Fax: Z numerem kierunkowym/with international code
E-mail: E-mail:			

4. Informacje o leczeniu

4. Medical informations

W tej części proszę podać przyczynę i uzasadnienie zastosowania leczenia wymagającego sporządzenia Deklaracji Użycia.

In the section below, please describe the medical necessity for the Declaration of Use. You must supply the diagnosis. Feel free to list any relevant medical examinations, tests, or any additional information that relates to this application.

Diagnoza: Diagnosis:	
Wyniki przeprowadzonych badań Medical exam/test performed	

5. Szczegóły zaplanowanego leczenia

5. Specify the medication you are to take

Proszę podać nazwę międzynarodową substancji i/lub czynności zabronionej oraz podać schemat jej przyjmowania.

In the section below, you must specify the prohibited substances you are applying to take.

Planowany okres leczenia: Intended duration of treatment:	Jednorazowo: Once only: <input type="checkbox"/>	W nagłej sytuacji: Emergency: <input type="checkbox"/>
	Okres (tydzień? miesiąc?): Duration (week/month): <input type="checkbox"/>	Liczba tygodni lub miesięcy: No. of weeks or months

Zgłoszenie użycia substancji zabronionych

Athlete Declaration of Use

Substancja/e zabronione (nazwy międzynarodowe**) Prohibited substance(s) (generic name)	Dawka Dose	Droga podawania Route	Schemat podawania Frequency
1.			
2.			
3.			

** Proszę podać również nazwę handlową, jeśli dawkowanie zależy od preparatu.

** If dosage depends on the drug, please specify trade name of the drug, too.

6. Uwagi

6. Comments

--

7. Potwierdzenie

7. Confirmation

Proszę potwierdzić prawdziwość podanych informacji Pani/Pana podpisem.

Please, confirm above information by your signature.

Podpis: Signature:		Data: Date:			
			Dzień/day	Miesiąc/month	Rok/year

Wypełniony formularz należy przesłać do organizacji antydopingowej faksem oraz listem poleconym, a jego kopię zachować.

Please submit the completed form to the ADO via fax and registered letter and keep a copy for your records.

Strona 3 z 3

Page 3 of 3