



治療用途豁免申請

【申請注意事項與說明 Application Notes and Instructions】

1. **選手申請前注意事項**：請至中華奧會運動禁藥管制官網 www.antidoping.org.tw/tue 確認您是否需要申請 TUE。
2. **醫師填表前注意事項**：請至 www.antidoping.org.tw/tue/checklist 確認 TUE 申請案應檢附之病歷及相關醫療文件。
3. **申請截止日期**：請參見各綜合性賽事（全國中等學校運動會、全國大專校院運動會、全國運動會、全民運動會）或單項運動賽事官網公告，逾期不受理。
4. **送審文件**：請務必詳閱下列內容，避免因退件耽誤申請時程，損及自身權益。



【必備】

- 申請表
- 附件
 - 完整英文病歷（病歷如只有中文，必須檢附醫師核可之英譯本或英文摘要，並由醫師簽名。）
 - （如適用）醫學檢驗或影像資料。



【無效文件】

- 診斷證明 Medical certificate
- 藥單/處方箋 Prescriptions

- ✓ 申請表格文字若難以辨識、欄位填寫不完整、未簽名 → 無效文件，無法受理。
- ✓ 申請表共 4 頁，英文字母一律正楷大寫。
- ✓ 醫師填寫申請表第 3、4、5 點
- ✓ 選手填寫申請表第 1、2、6、7、8 點。
- ✓ **務必簽名**：醫師及選手務必於申請表簽名，未成年選手（未滿 18 歲）表格亦須家長/監護人簽名，否則無效。
- ✓ 醫師、選手之電郵、電話、地址及家長/監護人電話，務必填寫正確可聯繫之資料，以利資料處理、聯繫及郵寄作業。資料錯誤或不完整將影響審核進度或無法審查，後果由申請人自行承擔。
- ✓ 申請表之外，應附上與申請審查的施用物質相關之完整英文病歷（**Comprehensive Medical History**）及醫學檢驗或影像資料（請提供涵括臨床狀況之醫學證明文件或獨立醫學見解文件，俾助診斷醫療用途豁免藥物之用途）。
The medical information 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.



治療用途豁免申請

【申請注意事項與說明 Application Notes and Instructions】

- ✓ 申請 TUE 所需檢查、檢驗、影像及申請文件可能衍生之任何費用一律由申請人負擔。
 - ✓ 所有資料建議避免使用釘書針，以迴紋針或長尾夾固定為宜。
 - ✓ 申請文件寄出前，申請人應先掃描或拷貝所有申請文件（申請表及附件）備份。
5. **收件方式**：一律掛號或快遞寄出，申請人負擔所需郵資。申請表連同附件於申請截止日期前（郵戳/快遞日期為憑）寄到：[10489 台北市朱崙街 20 號 中華奧會藥管組 收](#)
 6. 寄出 TUE 申請資料不等於取得 TUE 核可。運動員必須取得 TUE 核可後方可使用運動禁用物質及/或方法。
 7. 本會收到 TUE 申請資料將於 3 個工作日內以電子郵件回覆確認。如未收到請立即來電詢問。
 8. TUE 審查結果將於收件日起算 21 天內掛號寄出；資料不齊之申請案需俟資料完備才起算收件日。
 9. 如有問題請來電詢問：02-87711389 陳小姐



治療用途豁免申請表

Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form

*如有以下情形，申請案將退件無法受理：文字難以辨識、填寫資料不完整、未簽名、未附中英文病歷。
 **運動員申請資料送出前，請自行保留影本。
 ***申請規定(本表應填資料及檢附病歷資料)及審核程序悉依世界運動禁藥管制組織規定辦理，所有文件均以機密文件處理以保護選手隱私。

1. 選手層級及賽會資訊 (Athlete Level and Event Information)

選手目前層級 Athlete Level *請擇一勾選	<input type="checkbox"/> 國際總會 RTP 選手 <input type="checkbox"/> 國際總會 TP 選手 <input type="checkbox"/> 國內 RTP 選手 <input type="checkbox"/> 國內 TP 選手 <input type="checkbox"/> 以上皆非(無須提報行蹤資料者)		
國際比賽 International Event	是否已取得 國際比賽 (如亞奧運、國際總會主辦賽事)參賽資格或預定參加？ <input type="checkbox"/> 是(請於下方填寫賽事名稱及日期) <input type="checkbox"/> 否		
國內比賽 National Event	是否已取得 國內全國性比賽 (如四大賽、全國性錦標賽)參賽資格或預定參加？ <input type="checkbox"/> 是(請於下方填寫賽事名稱及日期) <input type="checkbox"/> 否		
預定參加國 際/國內比賽 名稱及日期 *國際層級寫 1 *全國層級寫 2	層級 1 或 2	賽事名稱 Competition Name	比賽開始日 Start Date YYYY/MM/DD

2. 申請選手資料 (Athlete Information) *英文姓名須與護照相同 All names required must match the passport exactly.

姓 Surname	中文 Chinese		名 Given Name	中文 Chinese		性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male	
	英文 English			英文 English			<input type="checkbox"/> 女 Female	
身分證號 ID No.				生日 Date of Birth	西元	年	月	日
					YYYY	MM	DD	
通訊地址 Address	()							
聯絡電話 Tel.				電子信箱 E-mail				
運動種類 Sport				項目/下場位置 Discipline/Position				
所屬單項運動協會 National Sport Organization								
身心障礙選手請註明身心障礙狀況 If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment								



3. 接受治療狀況 Medical Information (不夠填寫時可另附說明 Continue on separate sheet if necessary)

(1) 診斷內容 Diagnosis (請中英對照，只寫英文亦可)

(2) 請述明必須使用禁用清單內藥物之理由 If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

4. 申請施用之運動員禁用物質 Medication Details (以下欄位均必填)

	藥名(商品名) Specific name of drug	禁用物質之學名 Prohibited Substance(s): Generic name	用量 Dose (mg, mcg, mL, etc.)	給藥途徑 Route of Administration (ophthalmic, oral, topical, injection- intra-muscular/ intra- articular/ IV, etc.)	頻次/用法 Frequency (BID, PRN, etc.)	施用期限 Duration of Treatment (day(s), wk(s), year(s), emergency, once, etc.) *一次性與急救需寫明日期
1						
2						
3						
4						
5						
6						



5. 醫師聲明 Medical Practitioner's Declaration

本人聲明前述 3、4 點內容屬實且前述治療在醫學上是合宜的。

I certify that the information at sections 3 and 4 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

醫師姓名 (中英文)

Name

醫師專長 (中英文)

Medical Specialty

任職醫事機構名稱

(中英文) Clinic/Hospital

醫事機構住址 (中文)

Address

電話 (可聯繫到本人
之市話或行動) Tel.

電子郵件

E-mail

醫師簽名 Signature of Medical Practitioner :

簽署日期 Date (YYYY/MM/DD) :

6. 回溯申請 Retroactive Applications

此件是否為回溯申請？

Is this a retroactive application?

是(以下要填) Yes 否(以下免填) No

倘若「是」，治療開始日期為何？

If yes, on what date was treatment started?

西元 年 月 日

YYYY MM DD

請擇一後說明 Please choose one and explain:

- 1.必要的急救或急症治療 Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary
- 2.因特殊情況，接受採樣前沒有充分時間或機會提出申請 Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection
- 3.賽事藥管規定不必事先申請 Advance application not required under applicable rules
- 4.其他 Other

選擇 2 或 4 者，請說明 Please explain if 2 or 4 is selected :



7. 過去 TUE 申請紀錄 Previous Applications	
過去是否曾申請過 TUE? Have you submitted any previous TUE application(s)?	<input type="checkbox"/> 有(以下要填) Yes <input type="checkbox"/> 沒有(以下免填) No
申請使用之禁用物質或方法 For which substance or method?	請詳列
向誰申請? To which ADO?	<input type="checkbox"/> 中華奧會 CTOC <input type="checkbox"/> 國際總會 IF <input type="checkbox"/> 國際奧會 IOC/國際帕拉林總會 IPC <input type="checkbox"/> 其他藥管單位：_____
申請或核准日期 When?	西元 年 月 日 (YYYY/MM/DD)
審核結果 Decision	<input type="checkbox"/> 核可 Approved <input type="checkbox"/> 不核可 Denied <input type="checkbox"/> 退件 Returned/Incomplete

8. 申請選手聲明 Athlete's Declaration **本欄資料一律手寫	
<p>本人_____ (選手中文全名) 聲明：</p> <p>本表前述 1、2、6、7 點所填資料均屬實。我同意授權下列機構經授權人員得依世界運動禁藥管制規範及/或治療用途豁免 (下稱 TUE) 國際標準讀取我申請 TUE 所提供之申請書及相關醫療文件：(以下人員均須遵循病歷保密義務) 於中華奧會運動禁藥管制組、相關國際藥管組織及世界運動禁藥管制組織等組織任職受理 TUE 事務人員，以及中華奧會運動禁藥管制委員會、相關國際藥管組織及世界運動禁藥管制組織之 TUE 小組成員。</p> <p>我同意我的診療醫師為協助上述機構人員評估審核本人 TUE 申請案，提供本人相關健康資訊予上述機構人員。</p> <p>我明瞭申請案之個人資料僅限用於評估本人 TUE 申請案及可能違反運動禁藥管制規定時提供調查及處理後續相關用。我瞭解若我想採取下列行動，我須以書面通知我的診療醫師及審理本人 TUE 之藥管機構：(1)瞭解本人健康資訊如何被使用；(2)行使下列權利，如查閱、變更、限制、反對或刪除申請資料；(3)撤除前述藥管機構取得本人健康資料之權利。我明瞭並同意，如本人撤銷同意提供本人 TUE 案相關個人健康資料時，該資料仍需依循世界運動禁藥管制規範、相關國際標準、國家藥管法規規定或涉及本人、世界運動禁藥管制組織及/或我國/國際藥管單位之法律訴訟所需提交並保留，供可能違反運動禁藥管制規定案件之調查及後續處理使用。</p> <p>我同意本人 TUE 申請案之決定得對所有藥管機構或其他對我有檢測權及/或結果管理權限之組織公開。</p> <p>我同意並接受有權讀取本人個資及知悉申請案結果人員，未必位在我居住的國家。這些國家中有些資安及個資保護可能不及我居住的國家。我明瞭我的申請資料會被建入 ADAMS 系統，依世界運動禁藥管制組織隱私及個資保護國際標準規定期限留存，該系統由世界運動禁藥管制組織維護，其伺服器位於加拿大。</p> <p>我明瞭若我認為我的個資未依這份同意聲明及世界運動禁藥管制組織隱私及個資保護國際標準規定使用，我可向世界運動禁藥管制組織(privacy@wada-ama.org)或國內個資專責主管機關投訴。</p> <p>我明瞭前述實體可能受制於凌駕於本人同意之國家藥管法規限制或其他適用法律要求提供資料予地方法庭、執法部門或其他公權力。我可向國際運動總會或我國藥管單位諮詢相關規定。</p>	
選手簽名 Athlete's Signature	簽署日期 Date (YYYY/MM/DD)
<p>**未成年選手需有家長/監護人簽名；身心障礙無法簽署本申請表選手，可由家長/監護人代為簽署。</p> <p>家長/監護人(關係為選手_____)簽名 Parent's/Guardian's Signature</p>	
家長/監護人電話 Tel :	簽署日期 Date (YYYY/MM/DD)