



## 中華奧林匹克委員會 函

地址：台北市中山區朱崙街 20 號  
聯絡人：陳志弘  
聯絡電話：(02)8771-1391  
傳 真：(02)2781-2942

受文者：中華民國舉重協會

發文日期：中華民國 99 年 7 月 19 日  
發文字號：(99)華奧藥字第 0990002177 號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：普通  
附件：隨文檢送

主旨：檢送亞洲奧林匹克理事會有關 2010 年廣州亞洲運動會治療用途豁免申請規定及申請表等如附件，如有申請需求者，請依相關辦理申請手續，請 查照。

說明：

- 一、依亞洲奧林匹克理事會(OCA)7月6日電子郵件辦理。
- 二、本(2010)年廣州亞運會參賽選手如因治療用途需使用運動禁藥禁用清單臚列物質者應提治療用途豁免(TUE)申請獲核可後始得施用。
- 三、申請權責單位為各選手所屬國際/亞洲單項運動總會及OCA，如向OCA提出申請者，至遲於開賽前60天送達申請文件，如已獲國際單項運動總會核可之TUE文件者，需於開賽前21天送達指定單位，有關規定及細節詳如附件。

正本：行政院體育委員會國家運動選手訓練中心、中華民國游泳協會、中華民國射箭協會、中華民國田徑協會、中華民國羽球協會、中華民國棒球協會、中華民國籃球協會、中華民國拳擊協會、中華民國輕艇協會、中華民國自由車協會、中華民國馬術協會、中華民國擊劍協會、中華民國體操協會、中華民國手球協會、中華民國柔道總會、中華民國現代五項暨冬季兩項運動協會、中華民國划船協會、中華民國帆船協會、中華民國射擊協會、中華民國壘球協會、中華民國桌球協會、中華民國跆拳道協會、中華民國網球協會、中華民國軟式網球協會、中華民國排球協會、中華民國舉重協會、中華民國角力協會、中華民國保齡球協會、中華民國撞球協會、中華民國體育運動舞蹈總會、中華民國龍舟協會、中華民國高爾夫協會、中華民國空手道協會、中華民國滑輪溜冰協會、中華民國橄欖球協會、中華民國國武術總會、中華民國西洋棋協會、張主任委員煥禎、周醫師適偉、林醫師聖章、林醫師頌凱、周醫師伯禧、林醫師瀛洲

副本：行政院體育委員會、本會運動禁藥管制組

# 中華奧林匹克委員會

## 2010年亞洲運動會治療用豁免申請規定

### 一、適用本規定之選手

1. 參加2010年廣州亞運會選手。
2. 依處方箋使用藥物屬運動禁藥禁用清單物質者應提出治療用途豁免(TUE)申請，否則賽會期間運動禁藥檢測可能為陽性之結果。

二、參賽選手應核對中華奧會印製當年度之「世界運動禁藥管制規範運動禁藥禁用清單」或由 <http://www.wada-ama.org/en/world-anti-doping-program/sports-and-anti-doping-organizations/international-standards/prohibited-list> 及中華奧會運動禁藥管制網站 <http://www.antidoping.org.tw> 下載該項禁用清單核對，如係屬禁用清單物質者，應向所屬國際單項運動總會等單位提出 TUE 申請，獲核可後始得作為治療用途。

三、已獲相關國際單項運動總會等單位核發治療用途豁免許可之選手，至遲應於 21 天前向亞洲奧林匹克理事會(OCA)提出 TUE 核可影本。

四、如選手所屬國際/亞洲單項運動總會未具 TUE 審核機制者，至遲應於 60 天前向 OCA 提出 TUE 申請。

五、OCA 由 TUE 審查小組(TUECs)審查 TUE 申請案審核結果送選手所屬國家奧會、世界運動禁藥管制組織(WADA)、相關國際/亞洲單項運動總會；惟該項核可如經 WADA 檢核未合於規定者得予以撤銷。

### 六、治療用途豁免申請綱領

1. 任何因治療用途需使用禁用清單禁用物質或方法者。
2. 使用標準 TUE 申請表格。
3. 由相關國際單項運動總會等 TUE 審查小組進行審查。
4. 獲相關單位 TUE 核可後始得使用該項物質作為治療用途，除少數危及生命安全之案例始得具回溯效力。

### 七、副腎皮脂類固醇用藥聲明文書(Declaration of Use)

1. 選手依規定以關節/關節周圍/腱鞘/硬膜外/皮下注射及吸入方式施用本項物質者應提具用藥聲明書。

2. 是項用藥聲明書可透過運動禁藥管制行政管理系統(ADAMS)或於開始使用時經由 TUE 申請表於賽會期間提出，是項用藥聲明書內容應包括：

- (1) 診斷證明
- (2) 藥物名稱
- (3) 使用劑量
- (4) 治療醫師之聯絡資料
- (5) 除此而於選手並需接受藥檢時於藥檢紀錄單(Doping Control Form) 聲明是項藥物之使用。

#### 八、Beta-2 致效劑使用

使用 salbutamol 及 salmeterol 等二項製劑應於 ADAMS 或選手接受藥檢時於藥檢紀錄單提出用藥聲明。

九、具回溯效力之 TUE 係指 TUE 審查小組依相關病歷資料於藥檢實驗室提具負面分析報告後核可之 TUE。

#### 十、緊急治療用途需求

如選手因急症因緊急治療用途需使用禁用清單禁用物質者，主治之醫師(籌備會醫師或國家奧會隊醫)應負責並儘速填具 TUE 申請表(可由籌備會總部或 OCA 官網, <http://WWW.OCASIA.ORG> 取得, <http://www.ocasia.org/OCA/Download/Default/20/3/1/20310081.doc> 或 <http://www.ocasia.org/OCA/Download/Default/20/3/4/20340066.pdf>) 並送醫療指揮中心(Medical Command Center)再由醫療指揮中心轉送 OCA TUE 審查小組審查。

#### 十一、TUE 申請單位

1. 直接向選手所屬國際/亞洲單項運動總會申請，獲 TUE 核可後至遲於賽會前 21 天前送達 TUE 核可文件至指定單位。
2. 賽會前 60 天向 OCA 提出申請  
屬緊急狀況者：
3. 選手村開村前 3 天或之前：

Mr. Mahmoud Khalifa\_Ali  
Manager, Doping - Control Dept.  
Olympic Council of Asia  
Mob:+965 97601390  
Fax:+965 2 537 6238  
e mail: mahmoud@ocasia.org  
tues@ocasia.org

信箱:P.O. Box 6706, Hawali, 32042 Kuwait

4. 選手村開村後到閉幕典禮(2010年11月12日至27日)

Dr. Abdulwahab Al-Musleh  
The Chairman, OCA TUE Sub Commission  
c/o OCA Medical Commission Office  
The Garden Hotel(HQ Hotel)  
e mail: almusleh@gmail.com

5. 賽會期間

- (1)OCA 醫藥委員會辦公室 TUE 審查小組。
- (2)tues@ocasia.org。
- (3)亞運會籌備會醫療指揮中心。
- (4)亞運會籌備會設於各運動競賽場地之醫療中心。
- (5)亞運會籌備會設於各運動競賽場地醫療中心所屬醫事人員。

十二、TUE 申請表格取得

1. <http://www.ocasia.org/OCA/Download/Default/20/3/1/20310081.doc>。
2. 亞運會籌備會設於各運動競賽場地之醫療中心主任。
3. 亞運會籌備會醫療指揮中心。
4. 亞洲奧林匹克理事會醫藥委員會總部所在飯店。

~~十三、已獲國際/亞洲單項運動總會等單位 TUE 核可者，核可文件送達下述三單~~

位：

1. Mr. Mahmoud Khalifa\_Ali  
Manager, Doping - Control Dept.  
Olympic Council of Asia  
Mob:+965 97601390  
Fax:+965 2 537 6238  
+965 2573 4973  
e mail: mahmoud@ocasia.org  
tues@ocasia.org  
信箱:P.O. Box 6706, Hawali, 32042 Kuwait
2. Dr. Abdulwahab Al-Musleh  
The Chairman, OCA TUE Sub Commission  
Hammad General Hospital  
P.O. Box 3050, Doha, Qatar  
Tel: Mobile: +974 4391050  
Mobile: +974 5847695  
Fax: +974 4392179  
e mail: almusleh@gmail.com

十四、選手接受藥檢時應出示 TUE 核可文件。



# Therapeutic Use Exemptions

## TUE

### 1. Athlete Information

Surname: ..... Given Names: .....

Female  Male  Date of Birth (d/m/y): .....

Address: .....

City: ..... Country: ..... Postcode: .....

Tel.: ..... E-mail: .....  
(with international code)

Sport: ..... Discipline/Position: .....

International or National Sport Organization: .....

If athlete with disability, indicate disability: .....

### 2. Medical information

**Diagnosis with sufficient medical information** (see note 1): .....

.....

.....

.....

.....

**If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication**

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. Medication details

Prohibited substance(s): <i>Generic name</i>	Dose	Route	Frequency
1.			
2.			
3.			

Intended duration of treatment: <i>(Please tick appropriate box)</i>	once only <input type="checkbox"/>	emergency <input type="checkbox"/>
	or duration (week/month): .....	

<p>Have you submitted any previous TUE application:    yes <input type="checkbox"/>    no <input type="checkbox"/></p> <p>For which substance? .....</p> <p>To whom?.....When?.....</p> <p>Decision:    Approved <input type="checkbox"/>                      Not approved <input type="checkbox"/></p>
--

**4. Medical practitioner's declaration**

<p>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.</p>	
Name:.....	
Medical speciality:.....	
Address: .....	
Tel.: .....	Fax: .....
E-mail: .....	
Signature of Medical Practitioner: ..... Date: .....	

**5. Athlete's declaration**

<p>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 authorize the release of personal medical information to OCA as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other Anti-Doping Organization (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.</p>
---

<b>Athlete's signature:</b> .....	<b>Date:</b> .....
<b>Parent's/Guardian's signature:</b> .....	<b>Date:</b> .....

(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)

**6. Note:**

<b>Note 1</b>	<p>Diagnosis</p> <p><i>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.</i></p>
---------------	---

**Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted.**

**Please submit the completed form to OCA and keep a copy for your records.**