

Checklist for Therapeutic Use Exemption (TUE) Application:

**Diabetes***Prohibited Substances: Insulin*

治療使用特例(TUE)申請のためのチェックリスト

糖尿病

禁止物質:インスリン



This Checklist is to guide the athlete and their physician on the requirements for a TUE application that will allow the TUE Committee to assess whether the relevant ISTUE Criteria are met.

本チェックリストは、競技者及びその担当医師が治療使用特例(TUE)申請において必要となる情報を示すものです。これらの情報をもって、TUE 委員会は、関係する治療使用特例に関する国際基準(ISTUE)を当該申請が満たしているかを審査します。

Please note that the completed TUE application form alone is not sufficient; supporting documents MUST be provided. *A completed application and checklist DO NOT guarantee the granting of a TUE.*

Conversely, in some situations a legitimate application may not include every element on the checklist. TUE 申請は、申請書式に記入するだけでは不十分です。申請内容を補助する書類も必ず提出してください。申請書類に不備がなくチェックリストに記載する情報を提出することは、TUE の付与を保証するものではありません。申請内容によっては、本チェックリストに記載するすべての情報を含めなくてもよい場合もあります。

<input type="checkbox"/>	TUE Application form must include; TUE 申請書式 は必ず以下の作成要領に従ってください。
<input type="checkbox"/>	All sections completed in legible handwriting すべてのセクションは判読可能な手書きで記入すること。
<input type="checkbox"/>	All information submitted in English 情報はすべて英語で記入すること。
<input type="checkbox"/>	A signature from the applying physician 申請する医師が署名すること。
<input type="checkbox"/>	The Athlete's signature 申請する競技者が署名すること。
<input type="checkbox"/>	Medical report should include details of; 医学的報告 には以下の詳細情報を含めてください。
<input type="checkbox"/>	Medical history: symptoms, age at onset, course of disease, start of treatment, hypoglycaemia, diabetic ketoacidosis, diabetes-related complications (where applicable) 既往歴: 症状、発症年齢、疾患経過、治療開始時期、血糖低下、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病合併症(該当する場合)。

<input type="checkbox"/>	Interpretation of symptoms, signs and test results by physician 医師による症状、徴候、検査結果の解釈。
<input type="checkbox"/>	Diagnosis based on international criteria (fasting blood glucose/glucose tolerance test/ A1C or random blood glucose) 国際基準(空腹時血糖/ブドウ糖負荷試験/HbA1C 又は随時血糖値)に基づく診断。
<input type="checkbox"/>	Type of insulin prescribed including dosage, frequency, administration route 処方されたインスリンの種類(投与量、投与頻度、投与経路を含む)。
<input type="checkbox"/>	Diagnostic test results should include copies of; 診断検査の結果については、以下の写しを提出してください。
<input type="checkbox"/>	Laboratory tests (e.g., A1C profile, blood glucose) 臨床検査結果(HbA1C 値の推移、血糖値等)。
<input type="checkbox"/>	Oral glucose tolerance test results (if done) 経口ブドウ糖負荷試験結果(実施した場合)。
<input type="checkbox"/>	Additional information included 追加情報には以下を含みます。
<input type="checkbox"/>	Change of body weight 体重推移