



治療用途豁免 (TUE) 申請檢查表：

男性性腺功能低下症候群 (Male Hypogonadism)

禁用物質：睪固酮 (Testosterone)、人類絨毛膜性腺激素 (Human chorionic gonadotropin)



本檢查表旨在指引運動員及其醫生了解治療用途豁免 (TUE) 申請案應檢附之資料，以利治療用途豁免審查委員會評估該案是否符合治療用途豁免國際標準 ISTUE 之相關核可標準。

請注意僅填寫治療用途豁免 (TUE) 申請表是不夠的；**必須**提供佐證文件。完整的申請資料和檢查表**不保證**治療用途豁免 (TUE) 之核可。相反地，某些情況下，一份合格的申請文件未必包括檢查表上每一要項。

<input type="checkbox"/>	治療豁免用藥申請表必須包括：
<input type="checkbox"/>	所有部分均需清楚手寫
<input type="checkbox"/>	1. 向國際運動總會 IF 申請：所有資料需以英文提交 2. 向本會 CTADA 申請：申請書填寫語文請參閱申請書上說明，其餘文件建議以英文提送
<input type="checkbox"/>	申請醫生簽名
<input type="checkbox"/>	運動員簽名
<input type="checkbox"/>	醫療報告應包括以下細節：
<input type="checkbox"/>	病史：青春期的進程；性慾和性活動的頻率，包括任何問題的持續時間和嚴重程度；勃起和/或射精；熱潮/出汗；睪丸疾病；如果有頭部嚴重受傷的病史；睪丸炎；適用的青春期延遲家族史；非特異性症狀（無論正面或負面）
<input type="checkbox"/>	理學檢查：男性女乳症 (gynecomastia)；毛髮類型（腋窩和恥部）、剃毛髮降低；由睪丸測量計或超音波檢查的睪丸體積；身高、體重、BMI；肌肉發育和張力（必須提及並列入）
<input type="checkbox"/>	治療醫師說明病史、表現和實驗室結果，最好是次專科為男性生殖醫學之內分泌專家
<input type="checkbox"/>	診斷：原發性或次發性性腺功能低下症 (primary or secondary hypogonadism)；器質性或功能性的（請注意 TUE 核可僅限器質性原因）
<input type="checkbox"/>	處方用物質 [睪固酮 (Testosterone) 和人類絨毛膜性腺激素 (human chorionic gonadotropin) 均隨時禁用]，包括劑量、頻率、給藥途徑
<input type="checkbox"/>	治療和監測計劃
<input type="checkbox"/>	合格的醫生對運動員進行追蹤/監測的更新證明
<input type="checkbox"/>	診斷式檢查結果應包括以下文件：
<input type="checkbox"/>	實驗室檢查（上午 10 點前，4 週內至少禁食兩次，間隔至少 1 週）： 血清總睪固酮 (Serum total testosterone)、serum LH、serum FSH、serum SHBG
<input type="checkbox"/>	補充資訊如提及應附上：
<input type="checkbox"/>	若生育能力有問題，則包括精子計算的精液分析
<input type="checkbox"/>	抑制素 B (inhibin B) [考量先天性促性腺激素分泌不足的性腺發育低下症 (Congenital Isolated Hypogonadotropic Hypogonadism) 或青春期延遲性青春期時 (Constitutional Delayed Puberty)]
<input type="checkbox"/>	有無對比的腦下垂體核磁共振造影；所含的腦下垂體功能測試，例如：morning cortisol, ACTH stimulation test, TSH, free T4, 催乳素 (prolactin)
<input type="checkbox"/>	確認次發性性腺功能低下症的其他器質性病因而診斷方法 [例如：催乳素 (prolactin)、鐵質檢查 (iron studies) 和遺傳性血鐵沉積症 (hereditary hemochromatosis) 的基因檢測]
<input type="checkbox"/>	Dexa 掃描，如適用