



治療用途豁免 (TUE) 申請檢查表：
女性不孕症 (Female Infertility)
禁用物質：*clomiphene, letrozole*



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。

□ 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
□ 醫療報告應包括以下細節：	
<input type="checkbox"/>	病史：月經史、先前曾懷孕或流產、性病、婦科症狀或曾開刀
<input type="checkbox"/>	病症：內分泌障礙症如多毛、粉刺、溢乳、潮熱、流汗或倦怠
<input type="checkbox"/>	一般醫學及婦科檢查
<input type="checkbox"/>	平日生活習慣及慢性病影響生殖功能者
<input type="checkbox"/>	診斷：說明原發性或次發性腎上腺機能不全
<input type="checkbox"/>	先前治療：排卵監測、排卵刺激及體外人工授精
<input type="checkbox"/>	先前治療及現今治療
□ 診斷式檢查結果應包括以下文件：	
<input type="checkbox"/>	適用的實驗室檢查：以血漿分析檢測，卵巢中卵泡的庫存量、抗穆勒氏管荷爾蒙(anti-müllerian hormone [AMH])、濾泡刺激賀爾蒙 (follicle-stimulating hormone [FSH]) 以3-5天為一週期，合併超音波檢查基礎卵泡數量。
<input type="checkbox"/>	適用的影像學結果：陰道超音波 (vaginal ultrasound) , 子宮輸卵管(HyCoSy), 子宮輸卵管攝影(HSG), 腹腔鏡 (laparoscopy)、子宮鏡(hysteroscopy)
□ 附加資訊包括	
<input type="checkbox"/>	依本會其他規定