



治療用途豁免 (TUE) 申請檢查表：
 生長激素不足 (GHD) 及其他生長激素治療
 指示-成年及兒童轉換
 禁用物質：生長激素(Growth Hormone)



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：遺傳或後天所致之下視丘-腦下垂體疾病(hypothalamic-pituitary)如 下視丘腫瘤(pituitary tumor)、幅射(irradiation)、開刀、創傷性腦損傷(traumatic brain injury)所致之腦下垂體荷爾蒙不足或其他資料足以顯示生長激素不足之診斷
<input type="checkbox"/>	檢查結果：醫學證明生長激素不足，如中央型肥胖 (central adiposity)、蒼白或萎黃 (pale complexion)、皮膚菲薄或乾燥、體毛稀少及其他過度之病症、軀幹發育不良
<input type="checkbox"/> 診斷式檢查結果應包括以下文件：	
<input type="checkbox"/>	診斷：於生長激素治療後2-4週檢查類夷島素生長因子1(Insulin-like growth factor-1) 腦部受創後滿12個月進行創後病因檢查 腦下垂體基本功能：甲狀腺刺激素(thyroid-stimulating hormone[TSH])， 卵泡刺激素(follicle-stimulating hormone [FSH])， 黃體化激素(luteinizing hormone [LH])， 泌乳激素(prolactin)，以晨間皮脂素作為促腎上腺皮質激素(adrenocorticotrophic hormone [ACTH])之狀態檢查
<input type="checkbox"/>	以電腦斷層掃描檢查下視丘、腦下垂體作為結構性異常檢查適用於任何年齡之新發作生長激素不足，遺傳性因素另如下述
<input type="checkbox"/>	診斷係於兒童期進行：基因(GH-1或GHRH-R)，轉換因子突變(PROF-1, POU1F1[Pit-1])為已知導致腦垂體機能低下症(hypopituitarism)
<input type="checkbox"/>	生長激素檢查用於 a) 成年人：夷島素耐量檢查(Insulin tolerance test)、升糖素刺激試驗(glucagon stimulation test)、生長激素釋素精氨酸刺激試驗(growth hormone-releasing hormone [GHRH]-arginine stimulation test)及促生長激素分泌受體的作用劑檢查(macimorelin test)

	<p>b)轉換：夷島素耐量檢查(Insulin tolerance test)、升糖素刺激試驗(glucagon stimulation test)及促生長激素分泌受體的作用劑檢查(macimorelin test.)</p> <p>注意：刺激素檢查於下狀況不需再進行：腦下垂體經診斷 (≥ 3下視丘激素不足、基因或轉錄因子突變(如上述)，另IGF-1 標準值於停止治療用後2-週，低於2個標準差者亦同</p>
--	---