



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。

除了填寫治療用途豁免 (TUE) 申請表外，還必須提供其他相關佐證資料。即使送交了完整的申請文件和檢查表，也不保證一定會獲得治療用途豁免 (TUE) 的批准。在某些情況下，即使檢查表未完全填寫，申請文件仍可視為合格。

治療豁免用藥申請表	
	所有欄位皆已完成填寫，手寫資料清晰可辨
	填寫語文請依循 <u>申請表說明</u> ，其餘文件建議以英文提送
	申請醫生已簽名
	運動員已簽名
醫療報告(應申請英文版;特殊情況，原始資料無英文版者，另提交英文摘要)	
	病史：月經史、是否曾懷孕或流產、性傳染疾病史、婦科相關醫療疾病或手術史
	內分泌異常之症狀：多毛 (hirsutism)、痤瘡 (acne)、溢乳 (galactorrhea)、熱潮紅與盜汗 (hot flushes and sweating)、疲倦 (fatigue)
	一般身體檢查與婦科檢查 (gynaecological examination)
	生活型態因素與可能影響生育能力的慢性疾病
	先前治療反應：例如：排卵監測、排卵誘發 (ovulation stimulation)、試管嬰兒 (IVF)
	過去 / 現行治療列表
診斷檢查結果 (原件影本或列印文件)	
	相關實驗室檢查：例如卵巢儲備評估、抗穆勒氏管荷爾蒙 (AMH) 血清分析、卵泡刺激素 (FSH)，於月經週期第 3-5 天抽血、超音波檢查之竇卵泡計數 (AFC by ultrasound)
	影像或其他檢查結果 (如有) 例如：陰道超音波、HyCoSy (超音波輸卵管通灌)、HSG (子宮輸卵管攝影)、腹腔鏡 (laparoscopy)、子宮鏡 (hysteroscopy)
其他補充資料	
	依 ADO 規範要求的其他文件