



治療用途豁免 (TUE) 申請檢查表



腎上腺功能不全 (Adrenal Insufficiency)

禁用物質：糖皮質激素 (*Glucocorticoids*)、鹽皮質激素 (*Mineralocorticoids*)

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：症狀、發病年齡、首次表現之臨床情形、急性危象 (acute crisis)、慢性症狀 (chronic symptoms)、疾病進展 (course of disease)、開始治療時間 (start of treatment)
	身體檢查結果 (Findings on examination)
	專科醫師對症狀、體徵與檢查結果之解讀：應由 內分泌專科醫師 (endocrinologist) 提供
	診斷：指明為 原發性腎上腺功能不全 (Primary) 或 續發性腎上腺功能不全 (Secondary)
	所處方的糖皮質激素與鹽皮質激素 (如適用)：劑量 (dosage)、使用頻率 (frequency)、給藥途徑 (administration route)
	治療反應 / 治療期間疾病進展 (Response to treatment / course under treatment)
診斷檢查結果 (原件影本或列印文件)	
	實驗室檢查 (Laboratory tests) 視需要提供：電解質 (electrolytes)、空腹血糖 (fasting blood glucose)、血清皮質醇 (serum cortisol)、血漿 ACTH、腎素 (renin)、醛固酮 (aldosterone)
	影像檢查 (Imaging) 視需要提供：顱部或腹部 CT / MRI
	其他刺激試驗或功能測試 (視情況提供)：cosyntropin (ACTH 刺激試驗)、CRH 刺激試驗、胰島素耐受試驗 (insulin tolerance test)、metyrapone 刺激試驗、抗體檢測 (autoantibodies)

其他補充資料	
	醫師 / 運動員說明：若適用，需提供過去糖皮質激素使用史、給藥途徑與頻率、過去是否曾核准 TUE