

CERTIFICATE OF APPROVAL FOR THERAPEUTIC USE **CERTIFICAT D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES**

Athlete Details/Renseignements sur l'athlète

Surname/Nom de famille REY	Given Name/Prénom LUCAS MARTIN	Gender/Sexe male
Date of Birth/Date de naissance 11-Oct-1982	Sport/Sport Field Hockey	Discipline/Discipline Field Hockey
Competition Name /Nom de la compétition Mundial Holanda, 31 de mayo al 15 junio	Registered Testing Pool /Groupe cible	

Medical Information/Renseignements médicaux

The Athlete has received approval for the use of the prohibited substances(s) listed below under the conditions stipulated in this document. / L'athlète a reçu l'autorisation d'utiliser la (les) substance(s) interdite(s) citée(s) ci-dessous selon la (les) condition(s) stipulée(s) dans ce document.

Diagnosis/Diagnostic: ******* CONFIDENTIAL / CONFIDENTIEL *******

REFER TO THE SPORTING ORGANIZATION / DEMANDEZ À L'ORGANISATION SPORTIVE

Effective date/Date d'entrée en vigueur: **22-May-2014**

Prohibited Substance/Substance interdite: triamcinolone

Dosage/Dosage 4 ml	Frequency/Fréquence 1 time(s)	Route/Voie Intra-dermal	Expiration/Expiration 22-Jun-2014
------------------------------	---	-----------------------------------	---

Comment(s)/Commentaire(s): **Se realiza por unica vez el dia 20/5, bloqueo lumbar percutaneo radicular, L3-L4, L4-L5, L5-S1 con 4 ml de triamcinolona y 3 ml de dexametasona.**

Prohibited Substance/Substance interdite: dexamethasone

Dosage/Dosage 3 ml	Frequency/Fréquence 1 time(s)	Route/Voie Intra-dermal	Expiration/Expiration 22-Jun-2014
------------------------------	---	-----------------------------------	---

Comment(s)/Commentaire(s): **Se realiza por unica vez el dia 20/5, bloqueo lumbar percutaneo radicular, L3-L4, L4-L5, L5-S1 con 4 ml de triamcinolona y 3 ml de dexametasona.**

Attention athlete: the dose, method and frequency of administration as prescribed by your physician have to be followed meticulously. Please carry a copy of this form with you at all times. This form should be presented to the doping control officer at the time of testing.

Athlète: les posologies, voies et fréquences d'administration doivent être méticuleusement respectées conformément aux prescriptions de votre médecin. Gardez une copie de ce formulaire en tout temps. Ce formulaire devrait être présenté à l'agent(e) de contrôle antidopage au moment du contrôle.

Authorized by/Autorisée par:

Adrian, Lorde
FIH - International Hockey Federation
doclorde@caribsurf.com

Date : 22-May-2014

Phone :