

## 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	Given Name/Prénom	Gender/Sexe
<b>BAHAIN</b>	<b>JULIEN</b>	<b>male</b>
Date of Birth/Date de naissance	Sport/Sport	Discipline/Discipline
<b>20-Apr-1986</b>	<b>Rowing</b>	<b>Rowing</b>
Competition Name	Registered Testing Pool	
/Nom de la compétition	/Groupe cible	
<b>May 15, 2015</b>		

### 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:

Prohibited Substance/Substance interdite: **dexamethasone**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>10 mg</b>	<b>1 as needed</b>	<b>Intravenous</b>	<b>07-Feb-2015</b>

Comment(s)/Commentaire(s): **To control pain**

Prohibited Substance/Substance interdite: **hydromorphone (dilaudid)**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>3 mg</b>	<b>1 as needed</b>	<b>Intravenous</b>	<b>07-Feb-2015</b>

Comment(s)/Commentaire(s):

Prohibited Substance/Substance interdite: **hydromorphone (dilaudid)**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>4 mg</b>	<b>1 every # hour(s)</b>	<b>Oral</b>	<b>08-Feb-2015</b>

Comment(s)/Commentaire(s): **every 6 hours to control pain**

**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:**

Date :

Phone :