

ISENÇÃO DE USO TERAPÊUTICO

Formulário Standard de Solicitação

Solicitação Nº: _____

Solicito aprovação da (Organização de Antidoping) para o uso terapêutico de uma substância proibida relacionada na **Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA**.

1. Informações do Atleta*Preencher todos os campos*

Sobrenome _____ Nome _____

Feminino Masculino

Endereço: _____

Cidade: _____ País: _____ Código Postal: _____

Data de Nascimento (d/m/a): _____

Tel. Trabalho: _____ Tel. Casa: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Desporto: _____ Disciplina/posição: _____

Entidade nacional de desporto: _____

Caso o atleta sofra de alguma disfunção, indicar qual: _____

2. Dados do médico

Nome, qualificação e especialidade médica (vide observação 1): _____

Endereço: _____

E-mail _____ Celular: _____

Tel: Trabalho: _____ Tel. Casa: _____ Fax: _____

Diagnóstico (vide observação 2): _____

O Chefe Médico do Comitê Olímpico Brasileiro (COB) foi avisado sobre esta solicitação?

Sim Não

Nome do Chefe Médico do COB: _____

3. Informação sobre o medicamento (vide observação 4)

Substância(s) Proibidas	Dose Administrada	Forma de Administração	Frequência de Administração
1.			
2.			
3.			

Previsão de duração do plano de administração do medicamento : _____

Solicitações de IUT Anteriores / Atuais: Sim Não

Caso afirmativo: Data: _____

Organização de Antidoping: _____

Anexar resultado da solicitação anterior: _____

Informar razões para não prescrever terapias alternativas (vide observação 5): _____

4. Favor anotar qualquer informação adicional e anexar informações médicas suficientes para apoiar o diagnóstico e a necessidade de utilizar a substância proibida: _____

5. Declarações do médico e do atleta.

Eu, _____

atesto que a(s) substância (s) acima mencionada (s) para o atleta acima mencionado devem ser administradas como o tratamento correto para a condição médica acima mencionada.

Assinatura do médico: _____ data: _____

Eu, _____ atesto que a informação do item 1 é correta e que estou solicitando aprovação para o uso da substância ou método constante da Lista Proibida da AMA. Eu autorizo a divulgação da minha informação médica pessoal à Organização de Antidoping bem como aos funcionários da AMA e ao Comitê de Isenção de Uso Terapêutico (CIUT) conforme as provisões do Código. Compreendo que se um dia desejar anular o direito da CIUT da Org. Antidoping ou da CIUT da AMA de obter as informações de saúde em meu nome, devo informar meu médico pessoal por escrito.

Assinatura do atleta: _____ Data: _____

Assinatura do pai / responsável: _____ Data _____

(se o atleta for menor de idade ou tenha um problema que o impeça de assinar este formulário, os pais ou responsável devem assinar este formulário em nome do atleta).

6. Observações

Observação 1 NOME, QUALIFICAÇÃO E ESPECIALIDADE MÉDICA

Por exemplo: Dr. AF Cruz, MD FRACP, gastroenterologista.

Observação 2 DIAGNÓSTICO

Anexar e encaminhar junto com a solicitação a evidência que comprova o diagnóstico. A evidência médica deverá conter o histórico e os resultados de todos os exames importantes, investigações laboratoriais e estudos de imagem. Cópias dos relatórios originais ou cartas deverão fazer parte do documento se possível de acordo com as circunstâncias clínicas e, no caso, de uma condição que não pode ser demonstrada, uma segunda opinião médica ajudará na análise desta solicitação.

Observação 3 CHEFE MÉDICO DA CONFEDERAÇÃO ESPORTIVA NACIONAL (CEN)

Quando possível, o Chefe Médico da CEN deve ser notificado sobre a solicitação apresentada à Organização Antidoping. A solicitação deverá incluir uma opinião do Oficial Médico da entidade esportiva nacional que rege o esporte do atleta, confirmando a necessidade da utilização da substância ou método proibido no tratamento do atleta.

Observação 4 INFORMAÇÕES SOBRE O MEDICAMENTO

Fornecer detalhes sobre a substância ou método proibido para o qual está sendo solicitada aprovação.

Observação 5

Se, na condição médica do atleta, for possível fazer uso de um medicamento permitido, favor fornecer uma justificativa clínica para o pedido de utilização de um medicamento proibido.

Solicitações parcialmente preenchidas serão devolvidas e não poderão ser submetidas novamente. Favor submeter o formulário devidamente preenchido à Organização de Antidoping e manter uma cópia do formulário preenchido em seus arquivos.

7. Decisão da CIUT (somente para uso oficial)

Data de recebimento: _____ Solicitação completa: sim não

Observações Oficiais: _____

Nome do Representante do CIUT: _____

Assinatura: _____ Data: _____