

Anexo A

Autorizaciones para el Uso Terapéutico

AUT

1. Información sobre el deportista

Nombre:..... Apellidos:

Mujer Hombre Fecha de nacimiento (d / m / a):

Dirección

Ciudad País..... Código postal

Tel.: E-mail

(con el prefijo internacional)

Deporte..... Disciplina / Puesto.....

Licencia federativa:

Si se trata de un deportista discapacitado, indicar la discapacidad.....

2. Información médica

Diagnóstico con información médica suficiente (véase la nota 1):

.....

.....

.....

Si puede usarse una medicina permitida para el tratamiento de la enfermedad del deportista, por favor indique la justificación clínica para que se solicite el uso de una medicación prohibida.

.....

.....

.....

3. Información detallada sobre medicación

Sustancia (s) prohibida (s) <u>Nombre genérico</u>	Dosis	Vía	Frecuencia
1.			
2.			
3.			

Duración prevista del tratamiento:
(señale la casilla apropiada)

sólo una vez en caso de emergencia
o duración (semanas / meses):

¿Ha presentado usted alguna solicitud de AUT previamente?: sí no

¿Para qué sustancia?:

¿A quién?: ¿Cuándo?:

Decisión: Aprobada

No aprobada

4. Declaración del médico facultativo

Yo certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias prohibidas tendría resultados insatisfactorios para esta enfermedad.

Nombre:
 Especialidad médica:
 Dirección:
 Teléfono: Fax:
 Correo electrónico:
 Firma del médico facultativo: Fecha:

5. Declaración del deportista

Yo, certifico que la información del apartado 1 es exacta y solicito autorización para el uso de una Sustancia o Método que se incluye en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte. Autorizo la entrega de información médica personal a la Comisión Nacional Antidopaje, así como a otras organizaciones antidopaje competentes. Entiendo que en caso de que quisiera en algún momento revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud en mi nombre, deberé notificarlo por escrito a mi médico facultativo y a la Comisión Nacional Antidopaje.

Firma del deportista..... Fecha:

Firma del padre / tutor: Fecha:

(si el deportista es un menor o tiene una discapacidad que le impide firmar este impreso, un padre o un tutor deberán firmar junto con el deportista o en nombre del deportista)

6. Notas:

Nota 1:	<p>Diagnóstico</p> <p><i>Se deben adjuntar y enviar junto con esta solicitud pruebas que confirmen el diagnóstico. Las pruebas médicas deberán incluir un historial médico completo y los resultados de todos los exámenes, investigaciones de laboratorio y diagnósticos de imagen relevantes. Cuando sea posible, se incluirán los originales de los informes u otros documentos. Las pruebas deberán ser lo más objetivas posibles acerca de las circunstancias clínicas, y en caso de que existan enfermedades no demostrables, habrá de adjuntarse un dictamen de un médico independiente.</i></p>
---------	---

Las solicitudes incompletas serán devueltas y tendrán que volver a presentarse

Por favor, presente el impreso cumplimentado a la CNAD, de forma que quede constancia de ello, y conserve una copia del mismo para poder consultarlo con posterioridad.

Anexo BProceso abreviado de Autorizaciones por Uso Terapéutico
AUTaBeta-2 Agonistas por inhalación Glucocorticosteroides por vías no sistémicas*

* Las vías no sistémicas son por inhalación o por infiltración local.

Los glucocorticosteroides en preparaciones tópicas usadas como dermatológicas, auditivas, nasales, bucales y oftalmológicas no necesitan ninguna AUT ni AUTa

1. Información sobre el deportista

Nombre:..... Apellidos:

Mujer Hombre Fecha de nacimiento (d / m / a):

Dirección

Ciudad País..... Código postal

Tel.: E-mail

(con el prefijo internacional)

Deporte..... Disciplina / Puesto.....

Licencia federativa:

2. Información médica

Diagnóstico:

.....

.....

.....

Nota: Cada una de las AUTa puede ser revisada, en cualquier momento, por la Comisión Nacional Antidopaje, o por una organización antidopaje competente

Sustancia (s) prohibida (s) Nombre genérico	Dosis	Vía	Frecuencia
1.			
2.			
3.			

Duración prevista del tratamiento:
(señale la casilla apropiada)

sólo una vez en caso de emergencia
o duración (semanas / meses):

3. Declaración del Médico facultativo y del deportista

Yo certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias prohibidas tendría resultados insatisfactorios para el tratamiento de esta enfermedad.

Nombre:

Especialidad médica:

Dirección:

Teléfono: Fax:

Correo electrónico:

Firma del médico facultativo: Fecha:

Nota: Cumplimentar todas las secciones en letras mayúsculas

Yo, certifico que la información del apartado 1 es exacta y solicito autorización para el uso de una Sustancia o Método que se incluye en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte aprobada por la Resolución de 27 de diciembre de 2004 de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes. Autorizo la entrega de información médica personal a la Comisión Nacional Antidopaje (CNAD), así como a otras organizaciones antidopaje competentes. Entiendo que en caso de que quisiera en algún momento revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud en mi nombre, deberé notificarlo por escrito a mi médico facultativo, a mi Federación deportiva española y a la Comisión Nacional Antidopaje.

Firma del deportista..... Fecha:

Firma del padre / tutor: Fecha:

(si el deportista es un menor o tiene una discapacidad que le impide firmar este impreso, un padre o un tutor deberán firmar junto con el deportista o en nombre del deportista)

Las solicitudes incompletas serán devueltas y tendrán que volver a presentarse

Por favor, presente el impreso cumplimentado a la Federación deportiva española correspondiente, y conserve una copia del mismo para poder consultarlo con posterioridad.