

## ISENÇÃO DE USO TERAPÊUTICO

### Formulário Standard de Solicitação

Solicitação N<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_

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

**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 Nacional foi avisado sobre esta solicitação? Sim  Não 

Nome do Chefe Médico do CON \_\_\_\_\_

**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 IUTs 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 deve ser administrado 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 WADA. Eu autorizo a divulgação da minha informação médica pessoal à Organização de Antidoping bem como aos funcionários da WADA e ao Comitê de Exceção de Uso Terapêutico conforme as provisões do Código. Compreendo que se um dia desejar anular o direito da Organização de Antidoping TUEC ou Wada TUEC 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. AB Cook, 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 Entidade Esportiva Nacional (NSO)

*Quando possível, o Chefe Médico da NSO 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 TUEC (somente para uso oficial)

Data de recebimento: \_\_\_\_\_

Solicitação completa:    sim                     não

Observações Oficiais \_\_\_\_\_

Nome do Representante do TUEC: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_