

ISENÇÕES DE USO TERAPÊUTICO (IUTs) FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO

Favor completar todos os campos com letra de forma e em caixa alta

1. Informações do atleta

Último nome:	Demais Nomes:
Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Data de Nascimento (d/m/a):
Endereço:	
Cidade:	País: CEP:
Tel.: E-mail:	
<i>(com código internacional)</i>	
Modalidade:	Prova/Categoria:
Clube/UF:	
Se é atleta com deficiência, indicar qual e sua classe:	

2. Informações médicas

Diagnóstico com informações médicas suficientes (vide nota 1):

.....

.....

.....

.....

Se um medicamento permitido pode ser usado para tratamento da condição médica, providenciar uma justificativa clínica para requerimento de uso da medicação proibida.

.....

.....

.....

.....

3. Especificações medicamentosas

Substância(s) proibida(s): <u>Nome genérico</u>	Dose	Rotina	Freqüência
1.			
2.			
3.			

Duração do tratamento: <i>(Favor marcar o espaço apropriado)</i>	somente uma vez <input type="checkbox"/> data/...../.....	emergência <input type="checkbox"/>
	ou duração (semanal/mensal):	

Já enviou algum formulário de IUT:	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Para qual substância?		
Para quem?	Quando?	
Decisão:	Aprovado <input type="checkbox"/>	Não aprovado <input type="checkbox"/>

4. Declaração do profissional médico

Eu certifico que o tratamento acima mencionado é apropriado medicalmente e que o uso de medicação alternativa não prevista na lista proibida seria insatisfatório para essa condição.	
Nome:	
Especialidade:	
Endereço:	
Telefone:	Fax:
E-mail:	
Assinatura do profissional médico:	Data:

5. Declaração do atleta

Eu,, certifico que as informações contidas no primeiro quadro são verossímeis e que estou requisitando aprovação para fazer uso de uma Substância ou Método contidos na lista de proibição da WADA (Agência Mundial Antidoping). Eu autorizo o repasse das informações médicas pessoais à Organização Antidoping (ADO) assim como para os oficiais da WADA, para o TUEC (Comitê de Isenção de Uso Terapêutico) da WADA e para outras ADOs que estiverem previstas no Código. Eu entendo que se eu desejar revogar os direitos dessas organizações para obter minhas informações de saúde em meu favor, devo acionar meu profissional médico e a ADO que me representa para registrar tal fato.

Assinatura do atleta: Data:

Assinatura do pai/responsável legal: Data:

(se o atleta for menor de idade ou sua deficiência o impeça de assinar este formulário, o pai ou responsável legal deverá assinar com ou em nome dele).

6. Nota

Nota 1	<p>Diagóstico</p> <p>A prova que confirma o diagnóstico deve ser anexada a este formulário. A prova médica deve incluir um histórico médico compreensível e os resultados de todos os exames relevantes, investigações laboratoriais e estudos de imagens. Cópias dos relatórios ou cartas devem ser incluídas, se possível. A prova deve ser a mais objetiva possível em circunstâncias clínicas e no caso de condições não aparentes, opinião médica de suporte independente irá auxiliar nesta solicitação.</p>
---------------	--

Formulários incompletos serão devolvidos e deverão ser enviados novamente.

Favor enviar o formulário preenchido para o ADO e manter uma cópia em seus arquivos.

O requerimento deve incluir um histórico médico compreensível e os resultados de todos os exames, investigações laboratoriais e estudos de imagens relevantes para o requerimento.

Os requerimentos mínimos para o arquivo médico ser usado no processo de IUT nos casos de asma e suas variantes devem ser preenchidos por completo.