

**ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL**



## Isenção de Uso Terapêutico

### Formulário Padrão IAAF - Nacional

*Solicito através deste a aprovação para o uso terapêutico de uma substância proibida ou um método proibido na Lista de Substâncias Proibidas da IAAF*

*Por favor complete todas as seções  
(preencher com letra legível e de forma)*

#### 1. Informação do Atleta

Primeiro Nome: .....	Último Nome: .....	
Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Evento (prova): .....
Endereço: .....		
Cidade: .....	Estado: .....	País: .....
CEP: .....	e-mail: .....	
Tel. Trabalho: .....	Tel. Residencial: .....	Celular: .....
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): .....		
Federação Nacional: .....		

#### 2. Notificação do Médico Responsável

Nome, qualificação e especificação médica ( <b>veja Nota 1</b> ): .....		
.....		
.....		
Endereço: .....		
Cidade: .....	Estado: .....	País: .....
CEP: .....	e-mail: .....	
Tel. Trabalho: .....	Tel. Residencial: .....	.....
Celular: .....	Fax: .....	

### 3. Informação Médica

Diagnóstico ( <b>veja Nota 2</b> ): .....
.....
Exames e testes médicos realizados.....
.....
.....
.....
.....

### 4. Detalhes Médicos

Medicamentos Proibidos ( <b>Veja Nota 3</b> ): Nome comercial/Nome genérico	Dose de administração	Via de administração	Frequência de administração
1.			
2.			
3.			

Duração antecipada deste plano de medicação ( <b>veja Nota 4</b> ):	
---	--

### 5. Informações adicionais

.....
.....
.....

Solicitação prévia de IUT    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim:                  Data:.....
Organização (a quem a IUT foi enviada) .....
Resultado (anexo prévio da IUT(s) onde aplicado): .....

## 6. Declaração do médico responsável

Eu, ..... certifico que o(s) medicamento(s) acima mencionado(s) para o atleta acima nomeado tem sido/são administrados como condição de tratamento correto da condição médica acima indicada. Além disso, certifico que o uso de medicamentos alternativos que não constam na Lista Proibida da IAAF seria insatisfatório para o tratamento da condição médica nomeada acima **(veja Nota 5)**.

Razões específicas:.....  
.....  
.....

Assinatura do médico responsável: ..... Data: .....

## 7. Declaração do atleta

Eu, ..... certifico que a informação na seção 1 acima é exata e que estou pedindo aprovação, para utilizar uma substância proibida da Lista Proibida da IAAF. Eu autorizo, se necessário, a liberação de minha informação médica pessoal a todos os membros na minha Federação Nacional ou outra organização relevante da IUT nacional, que pode estar envolvido na gerência, na revisão ou na administração de minha aplicação de acordo com o Guia de Procedimentos da IAAF. Eu compreendo que, se eu desejar revogar o direito da minha Federação Nacional ou outra organização relevante da IUT nacional para obter alguma informação de saúde em meu interesse, eu devo notificar meu médico responsável por escrito do fato. Como consequência de tal decisão, eu compreendo que eu não receberei a aprovação para uma IUT (ou a renovação de um IUT existente).

Além disso, autorizo para a decisão de minha Federação Nacional ou de outra organização relevante da IUT nacional para ser notificado a todas as organizações relevantes de acordo com a Regra da 34.5 da IAAF.

Assinatura do atleta: ..... Data: .....

Assinatura dos pais ou responsáveis: ..... Data: .....

(se o atleta for um menor, um pai ou o responsável assinarão juntos com ou em nome do atleta).

**Notas:**

<b>Nota 1</b>	<u>Nome, qualificação e especialidade médica</u>
<b>Nota 2</b>	<u>Diagnósticos</u>  A evidência que confirma o diagnóstico deve ser anexada e enviada com este formulário. A evidência médica deve incluir o histórico clínico, exames, as investigações ou relatórios médicos do especialista. As cópias originais dos relatórios ou cartas devem ser incluídas quando possíveis. A evidência deve ser tão objetiva quanto possível, nas circunstâncias clínicas e no caso de condições não-demonstráveis, independente da opinião médica desta aplicação.
<b>Nota 3</b>	<u>Detalhes médicos</u>  Fornecer os detalhes a respeito de todos os medicamentos ou tratamentos que foram tentados. Fornecer o nome comercial e genérico dos medicamentos (INN) e especificar a dose da medicação, a via e a frequência da administração.
<b>Nota 4</b>	<u>Mudança de prescrição</u>  Note que uma aplicação nova de IUT é requerida para toda mudança na prescrição.
<b>Nota 5</b>	Se um medicamento permitido puder ser usado no tratamento da condição médica do atleta, por favor, forneça a justificativa clínica para requerer o uso do medicamento proibido.

**AVISO: Formulários incompletos serão retornados e necessitarão ser submetidos novamente.**

Por favor, submeta a aplicação completa a sua Federação Nacional ou ao outro organismo nacional relevante da IUT e mantenha uma cópia da aplicação para seus registros.

**No Brasil este formulário completo deve ser submetido à Comissão de IUT da ANAD/CBAAt.**