

## ISENÇÃO DE USO TERAPÊUTICO

Processo Abreviado

(beta-2 agonistas por inalação, glucocorticosteróides por via não sistêmica)

Solicito aprovação da Organização Antidoping para o uso terapêutico de uma substância proibida constante na **Relação de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA** e que está sujeita ao Processo Resumido de Isenção de Uso Terapêutico.

### 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: \_\_\_\_\_

### 3. Informação médica

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Exames médicos/testes realizados: \_\_\_\_\_

Substância(s) Proibidas	Dose Administrada	Forma de Administração	Frequência de Administração
Duração prevista para o tratamento:			

Informação Adicional: \_\_\_\_\_

### 4. Declarações do médico particular e do atleta

Eu, \_\_\_\_\_ atesto que as substâncias acima mencionadas para o atleta acima mencionado são/têm sido administradas como tratamento correto da condição médica acima mencionada. Atesto também que o uso de medicamentos alternativos que não constam na lista de medicamentos proibidos seria improdutivo para o tratamento da condição médica acima mencionada. Citar as razões:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do médico particular: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ atesto que a informação constante do item 1 é correta e que estou solicitando autorização para usar a substância ou método proibido pela AMA. Eu autorizo a liberação da minha ficha médica pessoal para a Organização de Antidoping bem como para os funcionários da AMA e para o Comitê de Isenção de Uso Terapêutico (CIUT) ou AMA. Tenho conhecimento de que se eu quiser cancelar o direito do CIUT da Organização de Antidoping ou do CIUT da AMA de obter minha ficha médica pessoal, devo notificar meu médico particular por escrito.

Assinatura do atleta: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/ responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

(se o atleta for menor de idade e tiver um problema que o impeça de assinar este formulário, um pai ou responsável deve assinar o documento em nome do atleta).