



ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

AUTORIZAÇÃO PARA USO TERAPÊUTICO (AUT) FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO

Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form

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

Please complete all sections in capital letters or typing.

1. Informações do atleta / *Athlete Information*

Sobrenome:..... Nome:.....
Surname GIVEN NAMES

Feminino Masculino Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):
Female Male Date of Birth (dd/mm/yyyy)

Endereço Completo:
Full Address

Cidade: País: CEP:
City Country Post Code

Tel.: E-mail:
(com código internacional/ With International Code)

Modalidade: Prova/Categoria:
Sport Discipline/Position

Clube, Organização Esportiva Nacional ou Internacional:
International or National or Sport Organization

Se é atleta com deficiência, indicar qual é sua classe:
If athlete with disability, indicate disability

Por favor, assinale os quadrados apropriados / *Please mark the appropriate box:*

Faço parte do grupo de atletas contemplados pelo Programa Bolsa-Atleta / *I am part of the group of athletes contemplated by Programa Bolsa-Atleta*

Faço parte do grupo alvo de atletas para controle de dopagem de uma federação internacional / *I am part of an International Federation Registered Testing Pool*

Faço parte do grupo alvo de atletas para controle de dopagem de uma organização nacional antidopagem / *I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool*

Participo em um evento de uma federação internacional para o qual é requerida uma AUT de acordo com os regulamentos dessa federação internacional - Nome da Competição.....
I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required - Name of the competition

Nenhuma das acima / *None of the above*



ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

2. Informações médicas / *medical information*

Diagnóstico com informações médicas suficientes (vide nota 1):

Diagnosis with sufficient medical information (see note 1)

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

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

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

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

3. Especificações medicamentosas/ *Medication details*

Substância(s) proibida(s): <i>Prohibited substance(s):</i> Nome genérico <i>Generic name</i>	Dose <i>Dose</i>	Via de Administração <i>Route</i>	Frequência <i>Frequency</i>
1.			
2.			
3.			

Duração do tratamento: <i>(Favor marcar o espaço apropriado)</i> <i>Intended duration of treatment:</i> <i>(Please tick appropriate box)</i>	Somente uma vez <input type="checkbox"/> <i>Once only</i> Data/...../..... <i>Date</i> Emergência <input type="checkbox"/> <i>Emergency</i> ou duração (semanal/mensal): <i>Or duration (week / month)</i>
--	---



ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

Já enviou algum formulário de AUT?: <i>Have you submitted any previous TUE application?</i>	sim <input type="checkbox"/> <i>yes</i>	não <input type="checkbox"/> <i>no</i>
Para qual substância? <i>For which substance?</i>		
Para quem? <i>To Whom ?</i>	Quando? <i>When?</i>	
Decisão: <i>Decision</i>	Aprovado <input type="checkbox"/> <i>Approved</i>	Não aprovado <input type="checkbox"/> <i>Not Approved</i>

4. Declaração do profissional médico / *Medical practitioner's declaration*

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.

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.

Nome: CRM:
Name

Especialidade:
.....
Medical Specialty

Endereço Completo:
.....
Full Address

Telefone: (.....) Fax: (.....)
Tel *Fax*

Email:.....

Assinatura e Carimbo do profissional médico:Data:
.....
Signature and Stamp of Medical Practitioner *Date*



ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

5. Declaração do atleta / *Athlete's declaration*

Eu,, certifico que as informações contidas no primeiro quadro são verdadeiras e que estou requisitando aprovação para fazer uso de uma Substância ou Método contidos na lista de proibição da AMA (Agência Mundial Antidoping). Eu autorizo o repasse das informações médicas pessoais à Organização Antidoping (ADO) assim como para os oficiais da AMA, para o TUEC (Comitê de Isenção de Uso Terapêutico) da AMA 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.

I certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I understand that if I believe that my personal information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information I can file a complaint to WADA or CAS.

Assinatura do atleta: **Data:**
Athlete's signature *Date*

Assinatura do pai/responsável legal:..... **Data:**
Parent's - Guardian's signature *Date*

(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).

(If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)



ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

6. Nota / note

Nota 1 <i>Note 1</i>	Diagnóstico/ <i>Diagnosis</i> 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. <i>Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.</i>
--------------------------------	---

Formulários incompletos serão devolvidos e deverão ser enviados novamente.

Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted.

Favor enviar o formulário preenchido para a ABCD no aut@abcd.gov.br e manter uma cópia em seus arquivos.

Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your records.