

Anexo AUT

Pedido N.º / Application No.: _____

Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias Proibidas

Modelo para solicitação de utilização terapêutica de substâncias proibidas

Therapeutic Use Exemptions

Por favor preencha o formulário em letras maiúsculas ou à máquina.
Please complete all sections in capital letters or typing.

1. Informação sobre o Praticante Desportivo / Athlete Information

Apelido / Surname: Nome Próprio / Given Names:

Feminino / Female Masculino / Male

Data de Nascimento / Date of Birth (dd/mm/yy):/..... /

Morada / Address:

Localidade / City: Código Postal / Postcode:.....País / Country:.....

Tel. / Tel.:(Com código internacional / with international code) E-mail:.....

Modalidade / Sport:..... Disciplina-Posição / Discipline-Position:.....

Organização Desportiva Internacional ou Nacional / International or National Sports Organization:
.....

Por favor, assinale o quadrado apropriado / Please mark the appropriate box:

Faço parte do grupo alvo de praticantes desportivos de uma federação internacional / I am part of an International Federation Registered Testing Pool

Faço parte do grupo alvo de praticantes desportivos de uma organização nacional antidopagem / I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool

Participo num evento de uma federação internacional para o qual é requerida uma AUT de acordo com os regulamentos dessa federação internacional¹ / I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required¹

Nome da Competição / Name of the competition

Nenhuma das acima / None of the above

Se for portador(a) de uma deficiência, indique a deficiência / If athlete with disability, indicate disability:
.....

¹ Recorra à sua federação Internacional para obter a lista dos diferentes eventos / Refer to your International Federation for the list of designated events

2. Informação Médica / Medical information

Diagnóstico com a informação médica necessária (ver nota 1)
 Diagnosis with sufficient medical information (see note 1)

.....

.....

.....

.....

Se existe medicação não contendo Substâncias e Métodos Proibidos para o tratamento da condição médica, forneça justificações clínicas para a não prescrição de terapêuticas alternativas.
 If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

.....

.....

.....

.....

3. Detalhes da Medicação / Medication details

Substância(s) proibida(s) Prohibited substance(s): Designação genérica Generic name	Dose de administração Dose of administration	Via de administração Route of administration	Frequência de administração Frequency of administration
1.			
2.			
3.			
Duração prevista do tratamento (selecione uma opção) Intended duration of treatment: (Please tick appropriate box)		Administração única <input type="checkbox"/> Once only	Emergência <input type="checkbox"/> Emergency
		Ou duração (semana / mês): Or duration (week / month)	

Já submeteu alguma autorização anteriormente? Sim / Yes Não / No

Have you submitted any previous TUE application?

Para qual substância? / For which substance?:

Para que entidade submeteu a autorização? / To whom? ADoP / ADOP Outra / Other

Especifique qual / specify which:

Em caso afirmativo quando? / When? Data / date:

Decisão / Decision Aprovada / Approved Não aprovada / Not approved



4. Declaração do Médico / Medical practitioner's declaration

Eu certifico que o tratamento acima mencionado é clinicamente apropriado e que o uso de medicação alternativa não incluída na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos seria insatisfatório para o tratamento da patologia acima citada:

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 / Name:

Especialidade Médica / Medical Specialty:

Morada / Address:

Localidade / City:..... Código Postal / Postcode:..... País / Country:

Tel. / Tel.:..... Fax:..... E-mail:

Assinatura do Médico: Data / Date: ____ / ____ / ____
Signature of Medical Practitioner

5. Declaração do Praticante Desportivo / Athlete's declaration

Eu / I,

certifico que a informação fornecida no ponto 1 é correcta e que solicito a aprovação do uso de Substâncias ou Métodos incluídos na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA. Autorizo a divulgação de informação médica pessoal à ADoP, AMA e à CAUT da AMA (Comité de Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA) bem como a outras organizações antidopagem, nas condições previstas pelo Código Mundial Antidopagem.

Eu tenho conhecimento de que a minha informação será apenas utilizada para avaliar a minha solicitação de AUT e no contexto de eventuais investigações e procedimentos relacionados com uma violação antidopagem. Eu tenho conhecimento de que se pretender (1) obter mais esclarecimentos relativamente ao uso dado à minha informação; (2) exercer o meu direito de acesso e de correcção ou (3) revogar o direito dessas organizações de obter informação relativamente ao meu estado de saúde, devo notificar o meu médico assistente e a ADoP por escrito desse facto. Eu tenho conhecimento e concordo que pode ser necessário reter informação relativa à solicitação de AUT prestada antes de ter revogado o meu consentimento para a única finalidade de estabelecer uma possível violação antidopagem, quando tal for exigido pelo Código Mundial Antidopagem.

Eu tenho conhecimento de que se considerar que a minha informação pessoal não foi usada de acordo com o meu consentimento e com o previsto na Norma Internacional de Protecção da Privacidade e da Informação Pessoal, posso apresentar uma queixa à AMA ou ao TAD.

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 TEUC's 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 Praticante Desportivo / Athlete's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

Assinatura do Pai/Mãe-tutor / Parent's - Guardian's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

(Se o(a) praticante desportivo(a) é menor de idade ou possui uma incapacidade que o(a) impede de assinar esta declaração, os pais ou tutor devem assinar em conjunto com o(a) praticante desportivo(a) ou em seu nome).

(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)

6. Notas / Notes

Nota 1 / Note 1 **Diagnóstico / Diagnosis**

Devem ser anexas a esta solicitação evidências que confirmem o diagnóstico. As evidências médicas devem incluir uma história médica detalhada e os resultados de todos os exames relevantes, investigações laboratoriais e estudos de imagiologia. Cópias de relatórios e cartas originais devem ser anexas, sempre que possível. As evidências devem ser as mais objectivas possíveis e no caso de patologias não demonstráveis, opiniões médicas independentes suportando o diagnóstico, facilitam a concessão da AUT.

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.

Por favor envie o formulário completo à ADoP (faxe: 21 797 75 29) e guarde uma cópia.

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

Formulários incompletos não serão aceites.

Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted.

DECLARAÇÃO

NOME:			
FEDERAÇÃO:		MODALIDADE:	

Declaro que, nos termos previstos no Artigo 7.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, e da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, fui informado(a) de que:

1. Tendo requerido uma Autorização de Utilização Terapêutica (AUT) para substâncias e métodos proibidos, concordo que os dados pessoais que facultei através do preenchimento do formulário que se anexa, sejam incluídos numa base de dados de AUT para substâncias e métodos proibidos;
2. Caso decida não conceder a autorização para a utilização desses dados pessoais, tal inviabilizará a eventual concessão de AUT;
3. A finalidade do tratamento dos dados pessoais referidos é a elaboração de um registo de AUT que, perante a ocorrência de uma eventual violação de normas antidopagem por uso de uma substância proibida ou de um método proibido, permita verificar se essa utilização se encontrava coberta por uma AUT.
4. Por virtude de compromissos internacionais assumidos pelo Estado Português, os dados e ficheiros pessoais relativos ao controlo de dopagem podem ser cedidos a entidades públicas e privadas que participem na Luta contra a Dopagem no Desporto, desde que para tal sejam respeitadas as disposições da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, e que a entidade ou o país para onde sejam transferidos assegurem um nível de protecção adequado;
5. Os dados são conservados apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha;
6. O responsável pelo tratamento dos dados é o Presidente da ADoP;
7. Sempre que necessário, posso consultar e/ou solicitar a rectificação dos meus dados pessoais, devendo para o efeito dirigir o pedido por escrito à ADoP;
8. O programa informático onde está sediada a base de dados AUT protege os meus dados pessoais nos termos da legislação aplicável;
9. Estão salvaguardados, nos termos consagrados na Constituição da República Portuguesa, o meu direito à identidade e à integridade da minha vida privada.

Pelo que autorizo a utilização dos meus dados pessoais **exclusivamente** para efeitos de elaboração de um registo de AUT e eventual cessão a entidades públicas e privadas que participam na Luta contra a Dopagem no Desporto no âmbito de compromissos internacionais assumidos pelo Estado Português.

<hr/> <hr/> (Data)	<hr/> <hr/> (Assinatura)
--------------------------	--------------------------------

(Se o(a) praticante desportivo(a) é menor de idade ou possui uma incapacidade que o(a) impede de assinar esta declaração, os pais ou tutor devem assinar em conjunto com o(a) praticante desportivo(a) ou em seu nome).

<hr/> <hr/> (Data)	<hr/> <hr/> (Assinatura Pai/Mãe/Tutor)
--------------------------	--