

**REGULAMENTO ANTI-DOPAGEM FPG**

2009

ANEXO 2**CONFIDENCIAL****AUTORIZAÇÃO SIMPLIFICADA PARA
USO TERAPÊUTICO - ASUT**

FAVOR COMPLETAR TODO O FORMULÁRIO EM LETRAS LEGÍVEIS E DE FORMA

Assinalar:

- Beta-2 agonistas por inalação;
- Glicocorticosteróides por vias não sistêmicas *
Todas as vias com exceção da via oral, retal, intravenosa e intramuscular. As preparações tópicas de glicocorticosteróides quando usadas para tratamento de doenças dermatológicas, auriculares, nasais, oftalmológicas e da cavidade bucal, não requerem nenhum tipo de Autorização para Uso Terapêutico (AUT).

1. Informações do Atleta

NOME COMPLETO:	_____
SEXO:	_____
DATA DE NASCIMENTO:	_____
ENDEREÇO COMPLETO:	_____
BAIRRO:	_____
CIDADE/ UF:	_____
CEP:	_____
TELEFONE:	_____
E.MAIL:	_____
CÓDIGO DE HCP-INDEX:	_____
CLUBE:	_____

**REGULAMENTO ANTI-DOPAGEM FPG**

2009

2. Informações MédicasDIAGNÓSTICO: _____

Atenção: Qualquer Autorização Simplificada para Uso Terapêutico pode ser revisada a qualquer momento, pela Comissão de Controle de Dopagem da Federação Paulista de Golfe e/ou WADA.

3. Detalhes da Medicação

Substância(s) proibida(s) <u>NOME GENÉRICO</u>	<u>DOSE</u>	<u>VIA DE ADMINISTRAÇÃO</u>	<u>FREQÜÊNCIA</u>
1. _____			
2. _____			
3. _____			
<u>DURAÇÃO PREVISTA DO TRATAMENTO:</u> (Marque a alternativa apropriada)			
Uma vez _____		emergência _____	
Duração (semanas/meses) _____			

4. Declaração do Médico e do Atleta

Eu declaro 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:

NOME COMPLETO: _____
ESPECIALIDADE CLÍNICA: _____
CRM: _____
ENDEREÇO: _____
TEL / FAX: _____
E.MAIL: _____
ASSINATURA/ DATA: _____

**REGULAMENTO ANTI-DOPAGEM FPG**

2009

CONFIDENCIAL

Eu,

declaro que a informação fornecida no item 1 acima é correta e que solicito a aprovação do uso de Substâncias ou Métodos da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da World Anti-Doping Agency - WADA. Autorizo a divulgação da informação médica pessoal à Federação Paulista de Golfe, à WADA e ao WADA TUEC (Comitê de Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias e Métodos Proibidos da WADA) bem como a outras organizações antidopagem, nas condições previstas pelo Código Mundial Antidopagem. Compreendo que, se eu pretender revogar o direito destas organizações em obter informações médicas em meu nome, devo comunicar esse fato ao meu médico e à Comissão de Controle de Dopagem da Federação Paulista de Golfe por escrito.

DATA:

ASSINATURA DO ATLETA

ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL

(se o atleta tiver menos de 18 anos ou for possuidor de uma deficiência que o impossibilite de assinar este formulário, o pai ou responsável deverá assinar junto ou representando o atleta)

Formulários incompletos serão devolvidos e terão que ser reapresentados

Por favor, entregue o formulário preenchido à Comissão de Controle de Dopagem da Federação Paulista de Golfe e guarde uma cópia para seus arquivos