

**REGULAMENTO ANTI-DOPAGEM FPG**

2009

ANEXO 3**CONFIDENCIAL****AUTORIZAÇÃO PARA USO
TERAPÊUTICO - AUT**

FAVOR COMPLETAR TODO O FORMULÁRIO EM LETRAS LEGÍVEIS E DE FORMA

1. Informações do Atleta

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

2. Informações Médicas

DIAGNÓSTICO COM INFORMAÇÕES MÉDICAS NECESSÁRIAS (vide Nota1):

Se existe medicação não contendo Substâncias e Métodos Proibidos para o tratamento da condição médica, forneça justificativa clínica para a não prescrição de terapêuticas alternativas

**REGULAMENTO ANTI-DOPAGEM FPG**

2009

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 Duração (semanas/meses)	_____	emergência	_____
Você já solicitou uma Autorização para Uso Terapêutico antes?			
<input type="checkbox"/> SIM			
<input type="checkbox"/> NÃO			
Para qual substância?			

Para que entidade?		Quando?	
_____		_____	
_____		_____	
Decisão:			
<input type="checkbox"/> APROVADO			
<input type="checkbox"/> NÃO APROVADO			

**REGULAMENTO ANTI-DOPAGEM FPG**

2009

4. Declaração do Médico

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: _____

5. Declaração do Atleta**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)

**REGULAMENTO ANTI-DOPAGEM FPG**

2009

6. Notas**Nota 1****Diagnóstico:**

Comprovantes confirmando o diagnóstico deverão ser anexados e enviados juntamente com este formulário. As evidências médicas deverão incluir histórico médico completo e os resultados dos exames efetuados, laudos de laboratórios e imagens. Cópias dos relatórios originais ou cartas deverão ser incluídas quando possível. As evidências deverão ser as mais objetivas possíveis nas circunstâncias clínicas e no caso de condições não comprováveis, uma opinião médica independente será utilizada na análise dessa autorização

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