



## Isenção de Uso Terapêutico

### Formulário Abreviado IAAF - Nacional

(Beta-2 agonistas por inalação, Glucocorticosteroides por injeção local, inalação pulmonar, Iontoforese e supositórios)

*Solicito através deste a aprovação para o uso terapêutico de uma substância proibida ou um método proibido na Lista de Substâncias Proibidas da IAAF*

**Por favor complete todas as seções**  
(preencher com letra legível e de forma)

#### 1. Informação do Atleta

|                                   |                                        |                       |
|-----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| Primeiro Nome: .....              | Último Nome: .....                     |                       |
| Feminino <input type="checkbox"/> | Masculino <input type="checkbox"/>     | Evento (prova): ..... |
| Endereço: .....                   |                                        |                       |
| Cidade: .....                     | Estado: .....                          | País: .....           |
| CEP: .....                        | Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): ..... |                       |
| Tel. Trabalho: .....              | Tel. Residencial: .....                | Celular: .....        |
| e-mail: .....                     |                                        |                       |
| Federação Estadual: .....         |                                        |                       |

#### 2. Notificação do Médico Responsável

|                                                                         |                         |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|
| Nome, qualificação e especialidade médica ( <b>veja Nota 1</b> ): ..... |                         |             |
| .....                                                                   |                         |             |
| .....                                                                   |                         |             |
| Endereço: .....                                                         |                         |             |
| Cidade: .....                                                           | Estado: .....           | País: ..... |
| CEP: .....                                                              | e-mail: .....           |             |
| Tel. Trabalho: .....                                                    | Tel. Residencial: ..... | .....       |
| Celular: .....                                                          | Fax: .....              |             |

### 3. Informação Médica

Diagnóstico (**veja Nota 2** somente para aplicação de Beta-2 Agonistas): .....

Exames e testes médicos realizados.....

O Médico da equipe do atleta foi notificado desta aplicação?

Sim  Não

Nome do Médico da equipe (**veja nota 3**): .....

### 4. Detalhes Médicos

| Medicamentos Proibidos ( <b>Veja Nota 4</b> ): Nome comercial/Nome genérico | Dose de administração | Via de administração | Freqüência de administração |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|
| 1.                                                                          |                       |                      |                             |
| 2.                                                                          |                       |                      |                             |
| 3.                                                                          |                       |                      |                             |

Duração antecipada deste plano de medicação (**veja Nota 5**):

### Informações adicionais

.....

.....

.....

## 5. Declaração do médico responsável

Eu, ..... certifico que o(s) medicamento(s) acima mencionado(s) para o atleta acima nomeado tem sido/são administrados como condição de tratamento correto da condição médica acima indicada. Além disso, certifico que o uso de medicamentos alternativos que não constam na Lista Proibida da IAAF seria insatisfatório para o tratamento da condição médica nomeada acima **(veja Nota 5)**.

Razões específicas:.....  
.....  
.....

Assinatura do médico responsável: ..... Data: .....

## 6. Declaração do atleta

Eu, ..... certifico que a informação na seção 1 acima é exata e que estou pedindo aprovação para utilizar uma substância proibida da Lista Proibida da IAAF. Eu autorizo, se necessário, a liberação de minha informação médica pessoal a todos os membros da Comissão de Isenção de Uso Terapêutico da ANAD/CBAAt, assim como outras pessoas relevantes (incluindo, quando aplicável, para staff ou membro da WADA, IAAF ou COI e/ou membros do Comitê de Isenção de Uso Terapêutico da WADA, da IAAF ou IOC), que pode estar envolvido na gerência, na revisão ou na administração de minha aplicação de acordo com o Guia de Procedimentos da IAAF. Eu compreendo que, se eu desejar revogar o direito da Comissão de IUT da ANAD/CBAAt, para obter alguma informação de saúde em meu interesse, eu devo notificar meu médico responsável por escrito do fato. Como consequência de tal decisão, eu compreendo que, eu não receberei a aprovação para uma IUT (ou a renovação de um IUT existente).

Além disso, autorizo para a decisão da Comissão de IUT da ANAD/CBAAt ou de outra organização relevante da IUT nacional para ser notificado a todas as organizações relevantes de acordo com a Regra da 34.5 da IAAF.

Assinatura do atleta: ..... Data: .....

Assinatura dos pais ou responsáveis: ..... Data: .....

*(se o atleta for menor, o pai ou o responsável assinarão juntos com ou em nome do atleta).*



## PROTOCOLO IAAF BETA-2-AGONISTAS

### Formulário de Registros Médicos

NOME DO ATLETA: .....

DATA DE NASCIMENTO: ..... UF: .....- BRA

Diagnóstico:

Idade do início:

Sintomas espontâneos ou exercício relacionado:

|                                       |            |                       |            |
|---------------------------------------|------------|-----------------------|------------|
| Tosse durante ou depois do exercício, | sim ou não | dispnéia,             | sim ou não |
| Falta de ar,                          | sim ou não | chiado na respiração, | sim ou não |
| Aperto no peito                       | sim ou não | excesso de saliva     | sim ou não |

(Cancele como apropriado). Se sim, especifique:

Identifique fatores de risco:

Passado histórico de desordem atípica e ou infância asmática

Resultados de testes de picada na pele ou RAST para documentar a presença de hipersensibilidade alérgica

Detalhes de todas as consultas com médico qualificado no tratamento de asma.

Detalhes de qualquer atendimento no departamento de emergência de hospital ou admissão em hospital para o tratamento exacerbado agudo de asma.

Detalhes de prescrição médica individual atual e alguma outra medicação prescrita no ano passado, com detalhes particulares para os últimos 6 meses.

Detalhes de medicação nos 3 meses antes dos testes de indução também devem ser notificados.

Data:

Nome do Médico:

Assinatura do médico:

**Notas:**

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nota 1</b> | <u>Nome, qualificação e especialidade médica</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nota 2</b> | <u>Diagnósticos e exames médicos/teste de performance</u><br><br>Para aplicação somente no uso de Beta-2 agonistas: Para constituir uma aplicação completa, atletas de nível nacional/atletas em preparação para competir em evento nacional ou internacional devem incluir a seguinte documentação requerida pelo Protocolo IAAF Beta-2 agonistas:<br><br><ol style="list-style-type: none"><li>1. Detalhes dos registros médicos</li><li>2. Resultados dos testes de indução.</li></ol><br>No que se refere ao Protocolo IAAF Beta-2 agonistas, para informação mais detalhada acesse <a href="http://www.iaaf.org/antidoping">www.iaaf.org/antidoping</a> que é requerida a documentação. |
| <b>Nota 3</b> | <u>Médico da Equipe</u><br><br>Quando possível, o Médico da equipe deve ser notificado da aplicação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nota 4</b> | <u>Detalhes da medicação/Mudança de prescrição</u><br><br>Forneça o nome comercial e genérico do medicamento (INN) e especifique a dose do medicamento, a via e a frequência de administração.<br><br><u>Note</u> que uma aplicação nova de IUT será requerida para toda mudança de prescrição.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

**AVISO: Formulários incompletos serão retornados e necessitarão ser submetidos novamente.**

Por favor, submeta o formulário completo à Comissão de IUT da ANAD/CBAAt (veja os contatos abaixo) e mantenha uma cópia do formulário para seus registros.

Agência Nacional Anti-Doping da CBAAt – ANAD/CBAAt

Rua Rio Purus, 103 – Conj. Vieiralves – Bairro N. Sra. das Graças  
Manaus – AM  
69053-050

Fax: 92 3182-3201

Se há alguma dúvida neste formulário ou um procedimento relevante a considerar nos Formulário Abreviado para IUT's em um nível nacional, por favor entre em contato com a ANAD/CBAAt para mais informações no telefone: 92 3182-3200 ou e-mail: [iut@cbat.org.br](mailto:iut@cbat.org.br)