

Anexo I

Declaração N.º / Declaration No.: _____

Declaração de utilização terapêutica de Substâncias Proibidas

Therapeutic Use Declaration

Por favor preencha o formulário em letras maiúsculas ou à máquina.

Please complete all sections in capital letters or typing.

De acordo com a Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica, uma declaração de uso deve ser realizada pelo praticante desportivo para a administração de glucocorticosteróides por via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, intra-dérmica e inalatória.

In accordance with the International Standard for Therapeutic Use Exemptions, a declaration of use must be completed by the athlete for glucocorticosteroids administered by intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal and inhalation routes, except as noted below.

As preparações tópicas quando utilizadas para tratamento de patologias do foro dermatológico (incluindo ionoforese e fonoforese), auricular, nasal, oftalmológico, bucal, gengival e perianal não são proibidas e não necessitam de autorização de utilização terapêutica ou de declaração de uso.

Topical preparations when used for auricular, buccal, dermatological (including iontophoresis/phonophoresis), gingival, nasal, ophthalmic and perianal disorders are not prohibited and neither require a Therapeutic Use Exemption nor a declaration of use.

Todos os glucocorticosteróides são proibidos quando administrados por via oral, rectal ou por injeção intravenosa ou intramuscular

All glucocorticosteroids are prohibited when administered by oral, intravenous, intramuscular or rectal routes.

1. Informação sobre o Praticante Desportivo / Athlete Information

Apelido / Surname: Nome Próprio / Given Names:

Feminino / Female Masculino / Male

Morada / Address:

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

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

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:

.....



2. Informação relativa à Declaração / Information regarding the Declaration

Diagnóstico / Diagnosis:.....
.....

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

(*) **Em miligramas/** In milligrams

(**) **Via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, intra-dérmica ou inalatória /** By intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal or inhalation routes

3. Nome e contacto do Médico

Medical practitioner's name and contact information

Nome/ Name:,

Especialidade Médica / Medical Specialty:

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



4. 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-tutor / Parent's - Guardian's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

(Se o praticante desportivo é menor de idade ou possui uma incapacidade que o impede de assinar este formulário, o pai ou tutor deve assinar em conjunto com o praticante desportivo ou em nome do praticante desportivo).

(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)

Por favor envie o formulário completo à ADoP (fax: 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.