



Autorização de utilização terapêutica de Substâncias Proibidas Processo abreviado

Therapeutic Use Exemptions Abbreviated Process

Por favor preencha o formulário em letras maiúsculas.
Please complete all sections in capital letters.

beta-2 agonistas por inalação beta-2 agonists by inhalation <input type="checkbox"/>	Glucocorticosteróides por via não-sistémica* Glucocorticosteroids by non-systemic routes* <input type="checkbox"/>
--	--

*Todas as vias com exceção da via oral, rectal, intravenosa e intramuscular.
As preparações tópicas de glucocorticosteróides quando usadas para tratamento de doenças dermatológicas, auriculares, nasais, oftalmológicas e da cavidade bucal, não requerem nenhum tipo de Autorização de utilização terapêutica (AUT).

*All routes other than orally, rectally, intravenously and intramuscularly. Topic preparations of glucocorticosteroids, used to treat dermatological, auricular, nasal, ophthalmologic or oral diseases, do not require any Therapeutic Use Exemption (TUE)

1. Informação sobre o Atleta / 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:.....

Federação nacional / National Sporting Organization:

2. Informação Médica / Medical information

Diagnóstico / Diagnosis:

.....

.....

Nota: As AUT abreviadas podem ser revistas pelo CNAD ou AMA em qualquer momento.
Note: Any ATUE may be reviewed at any time, by ADO and/or WADA.



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
		Duração (semana/mês): Duration (week/month)	

3. Declaração do Médico e do Atleta

Medical practitioner's and athlete'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 medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.

Nome/ Name:

Especialidade Médica / Medical Speciality:

Morada / Address:

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

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

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



Eu / I,

certifico que a informação fornecida no ponto 1 é correcta e que solicito a aprovação do uso de Substâncias ou Métodos da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA. Autorizo a divulgação de informação médica pessoal ao CNAD, AMA e ao WADA TUEC (Comité de Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA) bem como a outras organizações anti-dopagem, 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 facto ao meu Médico e ao CNAD por escrito.

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 staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.

Assinatura do Atleta /Athlete's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

Assinatura dos Pais-tutores /Parent's - Guardian's signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____

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

(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 ao CNAD (**fax : 21 7977529**) 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.