

Isenção de Uso Terapêutico (IUT)

Por favor, complete todas as seções em letra de forma ou digitação.

Solicito aprovação da Confederação Brasileira de Golf para o uso terapêutico de uma substância proibida relacionada na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da International Golf Federation.

1. Informações do Atleta. Preencher todos os campos:

Sobrenome:

Nome:

Feminino

Masculino

Endereço:

Cidade:

País:

Código Postal:

Data de Nascimento (d/m/a):

Tel. Trabalho:

Tel. Casa:

Celular:

E-mail:

Fax:

Desporto: Disciplina/posição:

Entidade nacional de desporto: CBG

Caso o atleta sofra de alguma disfunção, indicar qual:

2. Informações do Médico

Diagnóstico com a informação médica suficiente:

Se um medicamento autorizado pode ser usado para tratar a condição médica, forneça justificações clínicas para o uso da medicação solicitada proibida.

3. Detalhes do Medicamento

Substância (s)	Dose	Freqüência	Rota
----------------	------	------------	------

1.

2.

3.

Você apresentou qualquer pedido anterior: () Sim () Não

Para qual substância?

Para quem? Quando?

Decisão: aprovado e não aprovado

4. Declaração Médica

Eu declaro que o tratamento acima mencionado é clinicamente apropriado e que o uso de medicamentos alternativos que não constam da lista proibida não seria satisfatório para essa condição.

Nome:

Especialidade médica:

Endereço:

Tel:

Fax:

E-mail:

Assinatura de Médicos:

Data:

5. Declaração do Atleta

Eu declaro que as informações em 1. São verdadeiras e que estou solicitando aprovação para utilizar uma substância ou Método da Lista de Substâncias Proibidas da WADA. Eu autorizo a divulgação de informações médicas pessoais a Organização Anti-Doping (ADO), bem como ao pessoal da AMA, para o CAUT WADA (Therapeutic Use Exemption Committee) e ADO outras nos termos das disposições do Código. Eu entendo que se eu pretender revogar o direito destas organizações em obter a minha informação de saúde em meu nome, Devo avisar o meu médico e meu ADO, por escrito, esse fato.

Assinatura do atleta:

Data:

Therapeutic Use Exemptions (TUE)

Please complete all sections in capital letters or typing:

1. Athlete Information

Surname:

Given names:

Female

Male

Address:

City:

Country:

Post Code:

Date of Birth (d/m/y):

Tel.:

Cell fone:

E-mail:

Fax:

Sport: Discipline/position:

International or National Sport Organization:

If athlete with disability, indicate disability:

2. Medical information

Diagnosis with sufficient medical information:

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

3. Medication details

Prohibited substance(s)	Dose	Route	Frequency
-------------------------	------	-------	-----------

1.

2.

3.

Have you submitted any previous TUE application: ()Yes ()No

For which substance?

To whom? When?

Decision: Approved Not approved

4. Medical Practitioner's declaration

I, certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

Name:

Medical speciality:

Address:

Tel:

Fax:

E-mail:

Signature of Medical Practitioner:

Date:

5. Athlete's declaration

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.

Athlete's signature:

Date: