



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO

Formulario de Solicitud Standard



Solicitud N°:

Solicito aprobación por parte de la Unión de Rugby de Buenos Aires para el uso terapéutico de una sustancia prohibida del Listado de Sustancias Prohibidas y Métodos Prohibidos de la WADA.

Por favor, complete todas las secciones

1. Información del Deportista

Nombre y Apellido		
Direccion		
Ciudad		Código Postal
e-mail:	DNI	Fecha de Nacimiento:
Tel. Laboral:	Tel. Particular:	Tel. Celular:
Club		

2. Médico Notificante

Nombre:		
Matrícula:	Especialidad Médica (ver nota 1):	
Direccion:		
Tel. Laboral:		Tel. Celular:
e-mail:		
Diagnóstico (ver nota 2):		
Fue notificado el jefe médico del club de este pedido?		SI G NO G
Nombre del médico del club:		



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO

Formulario de Solicitud Standard



3. Detalles de medicación (ver nota 3)

Sustancia(s) Prohibida(s)	Dosis	Vía de administración	Frecuencia de administracion
1.			
2.			
3.			

Duración estimada de este plan de tratamiento:

Solicitó previamente EUT?

SI G NO G

Fecha:

Si corresponde, describa las razones para no aplicar otro tipo de terapéutica (ver nota 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Por favor, administre información adicional y adjunte la información médica suficiente para substanciar el diagnóstico y la necesidad de uso de la sustancia prohibida:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO Formulario de Solicitud Standard



5. Declaración del Médico y del Deportista

<p>Yo, certifico que la/s anteriormente mencionada/s sustancia/s son o fueron administradas al</p> <p>Sr. con el fin de tratar su afección médica.</p>			
Firma del Médico	matrícula	DNI	fecha

<p>Yo, certifico que la información de la sección 1 es correcta y que estoy solicitando la aprobación del uso de una Sustancia o Método Prohibido de la Lista de WADA. Autorizo el manejo prudente de mi información médica por parte de la URBA a fin de consultar mi pedido en un Comité para EUT. Entiendo que si no deseara que el comité obtenga mi información médica debo notificar a mi médico por escrito de este hecho.</p>		
Firma del deportista Firma del padre (si el deportista es menor)	DNI	fecha

6. Notas

Nota 1:	nombre, matrícula y especialidad médica. Por ejemplo: Dr. José Pérez, Matrícula Nacional Nro 100000, especialista en Endocrinología
Nota 2:	diagnóstico: debe adjuntarse a este pedido la evidencia que confirme el diagnóstico. Esta evidencia incluye una completa historia clínica, y los resultados de todos los estudios relevantes, laboratorio e imágenes. La evidencia debe ser lo mas objetiva posible de las circunstancias clínicas y en caso de condiciones no demostrables, puede asistir este pedido la opinión de un médico independiente.
Nota 3:	detalle de la medicación: proveer detalles concernientes a todas las sustancias o metodos prohibidos de las que se solicita aprobación. Utilizar nombres genéricos y especificar dosis.
Nota 4:	si es posible tratar la afección del deportista con medicaciones permitidas, proveer una justificación clínica para el pedido de uso de una medicación que contiene sustancias prohibidas.



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO Formulario de Solicitud Standard



Por favor, remitir este formulario debidamente completado a la URBA (J.A. Pacheco de Melo 2120. (1126). Ciudad de Buenos Aires, en un sobre cerrado dirigido al Sr. Secretario, y guardar una copia de toda la documentación.

Los formularios incompletos se devolverán y deberán ser reenviados correctamente confeccionados.

7. Decisión del Comité de Excepción de Uso Terapéutico

Fecha de Recepción	Formulario Completo	SI G	NO G
Observaciones:			
Validez de la EUT: desde / / hasta / /			
Nombre del Autorizante			
Firma		Fecha	

CONFIDENCIAL