



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

A. Información del Deportista

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

B. Médico Notificante

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

C. Detalles de medicación

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

Duración estimada de este plan de tratamiento:
--

Solicitó previamente EUT? SI NO
Fecha:

Si corresponde, describa las razones para no aplicar otro tipo de terapéutica con una sustancia permitida.



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO

Formulario de Solicitud Standard



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

E. Declaración del Médico

Yo,
certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente apropiado y que el uso de medicaciones alternativas que no figuren en la Lista de Prohibiciones sería inadecuado para esta condición médica

Firma del Médico	matrícula	DNI	fecha
------------------	-----------	-----	-------

F. Declaración del Jugador

Yo,.....certifico que la información proporcionada en las SECCIONES A y B es exacta y que yo estoy solicitando la autorización para el uso de una Sustancia o Método Prohibido de la Lista de Prohibiciones de WADA. Yo autorizo la registración (tanto electrónicamente como de algún otro modo) y/o almacenamiento de la información médica personal que libero, a la Organización Anti-Doping, Organizadores de Torneo pertinentes, así como al personal de WADA y a la TUEC de WADA, según las disposiciones del Código. Yo entiendo que si alguna vez yo quisiera revocar el derecho de la TUEC correspondiente o TUEC de WADA, de obtener mi información de salud en mi nombre, yo deberé notificar por escrito a mi médico sobre este hecho. Yo también entiendo que si yo retiro mi consentimiento a la liberación de mi información médica personal yo podría no recibir la aprobación de una TUE o la renovación de una TUE existente, dado que ninguna TUE pueda ser otorgada o renovada sin la divulgación de la completa información médica. Yo soy conciente de que una solicitud de TUE requiere el procesamiento (por ejemplo: transmisión, revelación uso y almacenamiento) de toda la información relacionada con esa solicitud a través de los correspondientes sistemas de administración anti-doping y manejo de datos incluido, sin limitación, el sistema ADAMS* para garantizar programas armónicos, coordinados y eficaces para detección, disuasión y prevención del doping. La firma de este formulario indica que he sido informado de ello y que doy mi consentimiento expreso para ese procesamiento de información. Yo comprendo y acepto que mi solicitud para una TUE sólo será considerada después de la introducción al ADAMS o de algún otro modo, por mí o por mi Organización Anti-Doping (ADO), de este formulario de solicitud completado, así como de todos los documentos correspondientes relacionados con la solicitud. Yo comprendo y acepto que mi información relacionada con la TUE será accesible a través de ADAMS y/o de algún otro sistema de administración de datos anti-doping pertinente, a la ADO autorizada, a WADA y a la Comisión de Exención por Uso Terapéutico. Yo comprendo y acepto que si se otorga una TUE, esa TUE y la información relacionada será clasificada electrónicamente en ADAMS (y/o algún otro sistema de manejo y administración del anti-doping relevante) por un período mínimo de 8 años, siendo el periodo de 8 años el tiempo dentro del cual se puede comenzar una acción después de una violación de las reglas anti-doping especificado en el Código WADA/Regulación 21 del IRB. WADA, las ADOs y las Comisiones de Exención por Uso Terapéutico no divulgarán ningún dato relacionado con mi TUE a otras personas que no sean las que pertenecen a su organización y necesitan conocerla con fines de control de doping de



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO

Formulario de Solicitud Standard



acuerdo con el Código.

Yo comprendo que si yo creo que mi información personal no está siendo usada en conformidad con este consentimiento y el Standard Internacional para la Protección y Privacidad de la Información Personal yo puedo presentar una queja a WADA o al CAS.

LIBERACIÓN

Yo por este medio libero a URBA, UAR, WADA así como a las ADOs y Comisiones TUE de todo reclamo, demanda, responsabilidad, daño, gasto y expensas que puedan provenir en conexión con el procesamiento de los datos relacionados con mi TUE a través de ADAMS y/o algún otro sistema de manejo y administración del anti-doping pertinente.

RENUNCIA DE CONSENTIMIENTO

Yo comprendo que yo puedo en cualquier momento revocar mi consentimiento al procesamiento de la información relacionada con mi TUE a través de ADAMS y/o algún otro sistema de manejo y administración del anti-doping relevante. Yo también entiendo que como consecuencia de dicha renuncia de consentimiento, yo no recibiré aprobación para una TUE o para una renovación de una TUE existente

Firma del deportista Firma del padre (si el deportista es menor)	DNI	fecha
---	-----	-------

1. Notas

Nota 1:	Diagnóstico: <i>Se deberán adjuntar y remitir con esta solicitud, evidencias que confirmen el diagnóstico. Las evidencias médicas deberán incluir una historia médica exhaustiva y los resultados de todos los exámenes, investigaciones de laboratorio y estudios por imágenes (cuando corresponda) pertinentes. Cuando sea posible se deberán incluir copias de los informes o cartas originales. Las evidencias deberán ser tan objetivas como sea posible en cuanto a las circunstancias clínicas, y en el caso de condiciones no demostrables, contribuirán a esta solicitud las opiniones médicas neutrales de apoyo.</i>
----------------	--

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.

2. Decisión del Comité de Excepción de Uso Terapéutico

Fecha de Recepción	Formulario Completo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones:		
Validez de la EUT: desde / / hasta / /		
Nombre del Autorizante		
Firma	Fecha	