

3. Información detallada sobre medicación

Sustancia prohibida (s) <u>Nombre genérico</u>	Dosis	Vía	Frecuencia
1.			
2.			
3.			

Duración prevista del tratamiento: sólo una vez en caso de emergencia o duración (semanas / meses):

¿Ha presentado usted alguna solicitud de AUT previamente?: sí no
 ¿Para qué sustancia?:
 ¿A quién?: ¿Cuándo?:
 Decisión: Aprobada No aprobada

4. Declaración del médico facultativo

Yo certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias prohibidas tendría resultados insatisfactorios para esta enfermedad.
Nombre:
Especialidad médica:
Dirección:
Teléfono: **Fax:**
Correo electrónico:
Firma del médico facultativo: **Fecha:**

Anexo A
Autorizaciones para el Uso Terapéutico

AUT

1. Información sobre el deportista

Nombre: Apellidos:
 Mujer Hombre Fecha de nacimiento (d / m / a):
 Dirección
 Ciudad País Código postal
 Tel.: E-mail
 (con el prefijo internacional)
 Deporte Disciplina / Puesto
 Licencia federativa:
 Si se trata de un deportista discapacitado, indicar la discapacidad:

2. Información médica

Diagnóstico con información médica suficiente (véase la nota 1):

Si puede usarse una medicina permitida para el tratamiento de la enfermedad del deportista, por favor indique la justificación clínica para que se solicite el uso de una medicación prohibida.

Anexo B

Proceso abreviado de Autorizaciones por Uso Terapéutico

AUTa

Beta-2 Agonistas por inhalación
Glucocorticosteroides por vías no sistémicas*

* Las vías no sistémicas son: oftalmológica, otológica, nasal, por inhalación o por infiltración local.

Los glucocorticosteroides dermatológicos no necesitan ninguna AUT ni AUTa

1. Información sobre el deportista

Nombre:..... Apellidos:
Mujer Hombre Fecha de nacimiento (d / m / a):
Dirección
Ciudad País Código postal
Tel.: E-mail
(con el prefijo internacional)
Deporte..... Disciplina / Puesto.....
Licencia federativa:

2. Información médica

Diagnóstico:
.....
.....

Nota: Cada una de las AUTa puede ser revisada, en cualquier momento, por la Comisión Nacional Antidopaje, o por una organización antidopaje competente

5. Declaración del deportista

Yo, certifico que la información del apartado 1 es exacta y solicito autorización para el uso de una Sustancia o Método que se incluye en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte. Autorizo la entrega de información médica personal a la Comisión Nacional Antidopaje, así como a otras organizaciones antidopaje competentes. Entiendo que en caso de que quisiera en algún momento revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud en mi nombre, deberé notificarlo por escrito a mi médico facultativo y a la Comisión Nacional Antidopaje.

Firma del deportista.....Fecha:

Firma del padre / tutor: Fecha:

(si el deportista es un menor o tiene una discapacidad que le impide firmar este impreso, un padre o un tutor deberán firmar junto con el deportista o en nombre del deportista)

6. Notas:

Nota 1: Diagnóstico
Se deben adjuntar y enviar junto con esta solicitud pruebas que confirmen el diagnóstico. Las pruebas médicas deberán incluir un historial médico completo y los resultados de todos los exámenes, investigaciones de laboratorio y diagnósticos de imagen relevantes. Cuando sea posible, se incluirán los originales de los informes u otros documentos. Las pruebas deberán ser lo más objetivas posibles acerca de las circunstancias clínicas, y en caso de que existan enfermedades no demostrables, habrá de adjuntarse un dictamen de un médico independiente.

Las solicitudes incompletas serán devueltas y tendrán que volver a presentarse

Por favor, presente el impreso cumplimentado a la CNAD, de forma que quede constancia de ello, y conserve una copia del mismo para poder consultarlo con posterioridad.

Nota: Cumplimentar todas las secciones en letras mayúsculas

Yo, certifico que la información del apartado 1 es exacta y solicito autorización para el uso de una Sustancia o Método que se incluye en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte aprobada por la Resolución de 27 de diciembre de 2004 de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes. Autorizo la entrega de información médica personal a la Comisión Nacional Antidopaje (CNAD), así como a otras organizaciones antidopaje competentes. Entiendo que en caso de que quisiera en algún momento revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud en mi nombre, deberé notificarlo por escrito a mi médico facultativo, a mi Federación deportiva española y a la Comisión Nacional Antidopaje.

Firma del deportista..... **Fecha:**

Firma del padre / tutor: **Fecha:**

(si el deportista es un menor o tiene una discapacidad que le impide firmar este impreso, un padre o un tutor deberán firmar junto con el deportista o en nombre del deportista)

Las solicitudes incompletas serán devueltas y tendrán que volver a presentarse

Por favor, presente el impreso cumplimentado a la Federación deportiva española correspondiente, y conserve una copia del mismo para poder consultarlo con posterioridad.

Sustancia prohibida (s) Nombre genérico	Dosis	Vía	Frecuencia
1.			
2.			
3.			

Duración prevista del tratamiento: sólo una vez en caso de emergencia o duración (semanas / meses):

3. Declaración del Médico facultativo y del deportista

Yo certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias prohibidas tendría resultados insatisfactorios para el tratamiento de esta enfermedad.

Nombre:

Especialidad médica:

Dirección:

Teléfono: **Fax:**

Correo electrónico:

Firma del médico facultativo: **Fecha:**

Nota: Cumplimentar todas las secciones en letras mayúsculas

ANEXO C

Protocolo de diagnóstico de asma, asma inducido por esfuerzo, hiperreactividad bronquial y broncoespasmo

1. Historia clínica

La Historia Clínica debe elaborarse incluyendo anamnesis y exploración clínica relacionadas con la correspondiente patología.

2. Pruebas Diagnósticas

La finalidad de la realización de Pruebas Diagnósticas es presentar una prueba objetiva positiva de padecer asma, asma inducido por esfuerzo, hiperreactividad bronquial o broncoespasmo.

Las pruebas diagnósticas que pueden realizarse son las siguientes:

2.1 Prueba de broncodilatación.

Esta prueba debe realizarse con un Beta-2 Agonista permitido.

2.2 Pruebas de provocación bronquial.

2.2.1 Espirometría pre y postesfuerzo en laboratorio, con cualquier ergómetro, o en el campo.

2.2.2 Prueba de hiperventilación voluntaria isocápnic.

2.2.3 Prueba con metacolina.

2.2.4 Prueba de respuesta broncoconstrictora a la inhalación de aerosol hipertónico (salino al 4,5%).

Se elegirá cualquiera de las pruebas en función de los criterios o de la disponibilidad. Bien entendido, que un primer resultado negativo obligará a la realización de una segunda prueba, a elegir entre las restantes, y así sucesivamente hasta que alguna cumpla los criterios de positividad o todas sean negativas.

3. Criterios de positividad

Los criterios de positividad establecidos para las diferentes pruebas son los siguientes:

3.1 Prueba de broncodilatación.

Esta prueba se considerará positiva si hay un incremento del 15% o más del VEF₁ (calculado como un porcentaje del VEF₁ basal), tras la administración de un Beta-2 Agonista permitido.

3.2 Espirometría pre y post-esfuerzo.

Esta prueba se considerará positiva si se produce una caída en el VEF₁ de 10% ó más en los 30 minutos siguientes a la terminación de la prueba.

3.3 Prueba de hiperventilación voluntaria isocápnic.

Esta prueba se considerará positiva si se produce una caída en el VEF₁ del 10% o más en los 30 minutos siguientes a la terminación de la hiperventilación con aire seco.

3.4 Prueba con metacolina.

Esta prueba se considerará positiva si la PC₂₀ VEF₁ es igual o menor de 2 mg/ml ó 20 unidades respiratorias; o bien la PC₂₀ VEF₁ es igual o menor a una dosis acumulada de metacolina de 1 micromol ó 200 microgramos en sujetos sin tratamiento con esteroides.

En sujetos que lleven más de tres meses con tratamiento diario con corticosteroides inhalados, se considerará la prueba positiva si la PC₂₀ VEF₁ es igual o menor de 13.2 mg/ml ó 130 unidades respiratorias; o bien si la PC₂₀ VEF₁ es igual o menor a una dosis acumulada de metacolina de 6.6 micromoles ó 1320 microgramos.

3.5 Prueba con suero hipertónico (aerosol salino hipertónico al 4,5%).

Esta prueba se considerará positiva si hay un descenso del 15% o más del VEF₁ en respuesta al aerosol.

4. Condiciones para realizar cualquiera de las pruebas diagnósticas

Las condiciones para realizar cualquiera de las pruebas diagnósticas descritas en el apartado 2 de este Anexo III, son las siguientes:

Se deberá suspender la toma de medicación entre las 8 y las 96 horas previas a la realización de la prueba de provocación bronquial.

Los broncodilatadores de acción corta deberán suspenderse 8 horas antes de la prueba.

Los broncodilatadores de acción intermedia deberán suspenderse 24 horas antes de la prueba.

Los broncodilatadores de acción larga deberán suspenderse 48 horas antes de la prueba.

Los antihistamínicos deberán suspenderse 48 horas antes de la prueba.

Los antagonistas de los leukotrienos deberán suspenderse 96 horas antes de la prueba.

No se deberá inhalar corticosteroides en el día del test, ni tomar cafeína la mañana de la prueba.

Tendrá que evitarse el ejercicio intenso por lo menos 4 horas antes de la prueba, y preferiblemente no deberá realizarse ese día.

5. Condiciones para que pueda autorizarse el uso terapéutico de Formoterol, Salbutamol, Salmeterol y/o Terbutalina inhalados

Se establece que, para que se pueda autorizar el uso terapéutico de estos Beta2-Agonistas por inhalación, deben cumplirse las siguientes condiciones:

5.1 Aporte de la Historia Clínica, con todos sus componentes, indicada en el apartado 1 de este Anexo III.

5.2 Inclusión de toda la documentación correspondiente a las Pruebas Diagnósticas realizadas, de entre las descritas en el apartado 2 de este Anexo III, realizadas según las condiciones indicadas en el apartado 4 del mismo, y de las que, al menos, una de ellas debe tener resultado positivo con respecto a los criterios de positividad detallados en el apartado 3 de este mismo Anexo

Anexo D

Decisión del Comité de AUT

Composición del Comité AUT:

Presidente:

Miembro:

Miembro:

Miembro:

Miembro:

Miembro:

Información sobre el deportista:

Nombre:

Número de expediente:

Sustancia:

Decisión del CAUT:

Concedida Denegada

En caso de denegación, escriba aquí las razones:

...

.....

Fecha de la decisión: Fecha de caducidad:

Firma y sello

Nota: Cumplimentar todas las secciones en letras mayúsculas

Anexo E

Decisión de la Comisión Antidopaje federativa, o del órgano federativo dispuesto a tal fin para AUTA

Composición de la Comisión Antidopaje federativa, o indicación del órgano federativo dispuesto a tal fin

Miembro:

Miembro:

Miembro:

Información sobre el deportista:

Nombre:

Número de expediente:

Sustancia:

Decisión de la Comisión Antidopaje federativa, o del órgano federativo dispuesto a tal fin

Concedida Denegada

En caso de denegación, indicar las razones:

.....

Fecha de la decisión: Fecha de caducidad:

Firma y sello

Nota: Cumplimentar todas las secciones en letras mayúsculas