



- CONMEBOL -

AUTORIZACIONES DE USO TERAPÉUTICO (AUT)

1. Todo jugador que consulte a un médico que le prescriba un tratamiento o medicación para motivos terapéuticos deberá preguntar si la prescripción contiene sustancias o métodos prohibidos. Si este es el caso, el jugador deberá solicitar un tratamiento alternativo.
2. Si no existe tratamiento alternativo, el jugador que posea un historial médico documentado y requiera el uso de una sustancia prohibida o de un método prohibido deberá primero solicitar una AUT. No obstante, las AUT se conceden solo en casos en los que exista de manera clara y convincente la necesidad clínica y no se obtenga ninguna ventaja para el jugador.
3. La solicitud y la aprobación de las AUT se realiza conforme a un estricto procedimiento, tal y como se establece en los estándares internacionales de autorización de uso terapéutico de la AMA y en la política AUT de la CONMEBOL vigente.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO (AUT)

COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES. ESCRIBIR EN MAYÚSCULA.

El Formulario de Solicitud de AUT, así como la Historia Clínica (incluidos informes y documentos), deben presentarse en uno de los dos idiomas oficiales de la CONMEBOL (Español-Portugués).

1. INFORMACIÓN SOBRE EL JUGADOR

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

MUJER: HOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) __/__/__

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ PAIS: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL CLUB O ASOCIACIÓN NACIONAL DE FÚTBOL: _____

PARTICIPO EN UNA COMPETICIÓN DE LA CONMEBOL: _____

(Nombre de la Competición)

Enviar respuesta a:

- Por telefax Número: _____
- Por correo Electrónico Dirección: _____
- Por Correo Postal Dirección: _____

2. INFORMACIÓN MÉDICA

DIAGNÓSTICO CON SUFICIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (VER NOTA 1)

Si un medicamento autorizado puede usarse para el tratamiento de esta condición médica, debe proporcionar una justificación clínica para el uso de una sustancia prohibida:

3. INFORMACIÓN MÉDICA

Sustancia(s) prohibida(s) – Nombre Genérico	Dosis	Vía de Administración	Frecuencia con la que debe administrarse

Duración Prevista del Tratamiento:

(Marcar con una cruz la casilla correspondiente)

- Una sola vez
 Urgencia

Fecha de Urgencia: _____ Duración (semanas/meses): _____

En el caso de un tratamiento de urgencia, de un tratamiento de una condición médica aguda, o bien en circunstancias excepcionales, sírvase proporcionar toda la información relevante sobre la situación de urgencia o las razones por las que no tuvo tiempo de presentar una solicitud de AUT.

¿Ha presentado anteriormente solicitudes de AUT? SI NO

¿Para qué sustancia? _____

¿Ante qué institución? _____

Decisión: Aprobada Rechazada

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Certifico que el tratamiento médico antes descrito es apropiado y que el uso de medicación alternativa que no se encuentra en la lista de sustancias y métodos prohibidos sería insatisfactorio para el cuadro patológico en cuestión.

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

DIRECCIÓN: _____

TEL.: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

TEL. MOVIL: _____ N° DE FAX: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____ FECHA: _____

5. DECLARACIÓN DEL JUGADOR

Quien suscribe, _____, certifica que la información proporcionada en el punto 1 es exacta y solicita la aprobación para el uso de una sustancia o método de la lista de sustancias y métodos prohibidos de la AMA. Además, autoriza la entrega de información médica personal a la Sub-Comisión de Autorización de Uso Terapéutico de la CONMEBOL, de acuerdo con el Reglamento de la Unidad Antidopaje y las disposiciones del Código Mundial Antidopaje. Quien suscribe entiende que si alguna vez desea revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre su salud en su nombre, debe notificar por escrito a su médico y a la CONMEBOL.

FIRMA DEL JUGADOR: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL JUGADOR: _____ FECHA: _____

6. NOTA

NOTA 1	<p>Diagnóstico</p> <p>Las pruebas que confirman el diagnóstico deben adjuntarse a esta solicitud.</p> <p>Las pruebas médicas deben incluir una historia clínica exhaustiva y los resultados de todos los exámenes pertinentes, investigaciones del laboratorio y análisis por imágenes, de acuerdo con la política de la CONMEBOL con respecto a las AUT.</p> <p>Si es posible, se deberán incluir copias de los informes o las cartas originales. Las pruebas deberán ser tan objetivas como sea posible en las circunstancias clínicas del caso. En el caso de que la condición que no pueda probarse, la opinión médica de fuentes independientes redundará en beneficio de esta solicitud.</p>
---------------	---

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SE DEVOLVERÁN Y TENDRÁN QUE PRESENTARSE DE NUEVO

Enviar el formulario completo a la Comisión Médica de la CONMEBOL por correo electrónico a:

comision.medica@conmebol.com