



# 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 ( <b>ver nota 1</b> ):	
Direccion:		
Tel. Laboral:		Tel. Celular:
e-mail:		
Diagnóstico ( <b>ver nota 2</b> ):		
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

<b>Nota 1:</b>	<b>nombre, matrícula y especialidad médica.</b> Por ejemplo: Dr. José Pérez, Matrícula Nacional Nro 100000, especialista en Endocrinología
<b>Nota 2:</b>	<b>diagnóstico:</b> 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.
<b>Nota 3:</b>	<b>detalle de la medicación:</b> proveer detalles concernientes a todas las sustancias o metodos prohibidos de las que se solicita aprobación. Utilizar nombres genéricos y especificar dosis.
<b>Nota 4:</b>	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