Isenção de Uso Terapêutico (IUT)

Por favor, complete todas as seções em letra de forma ou digitação.

Solicito aprovação da Confederação Brasileira de Golf para o uso terapêutico de uma substância proibida relacionada na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da International Golf Federation.

1. Informações do Atleta. Preencher todos os campos:

Sobrenome:
Nome:
Feminino Masculino Data de Nascimento (d/m/a):
Endereço:
Cidade: País: Código Postal:
Tel. Trabalho: Tel. Casa: Celular:
E-mail: Fax:
Desporto: Disciplina/posição: Entidade nacional de desporto: CBG
Caso o atleta sofra de alguma disfunção, indicar qual:

2. Informações do Médico

Diagnóstico com a informação médica suficiente: Se um medicamento autorizado pode ser usado para tratar a condição médica, forneça justificativas clínicas para o uso da medicação solicitada proibida.

3. Detalhes do Medicamento

Substância (s) Dose Freqüência Rota

3.1.

3.2.

3.3.

4. Você apresentou qualquer pedido anterior: ( ) Sim ( ) Não

Para qual substância?

Para quem? Quando?

Decisão: aprovado e não aprovado

4. Declaração Médica

Eu declaro que o tratamento acima mencionado é clinicamente apropriado e que o uso de medicamentos alternativos que não constam da lista proibida não seria satisfatório para essa condição.

Nome:

Especialidade médica:

Endereço:

Tel.: E-mail: Data:

Assinatura de Médicos:

5. Declaração do Atleta

Eu,_____, declaro que as informações acima são verdadeiras e que estou solicitando aprovação para utilizar uma substância ou Método da Lista de Substâncias Proibidas da WADA. Eu autorizo a divulgação de informações médicas pessoais à Organização Anti-Doping (ADO), bem como ao pessoal da AMA, para o CAUT WADA (Therapeutic Use Exemption Committee) e ADO outras nos termos das disposições do Código. Eu entendo que se eu pretender revogar o direito destas organizações em obter a minha informação de saúde em meu nome, devo avisar o meu médico e meu ADO, por escrito, esse fato.

Assinatura do atleta:

Data: