



ORGANIZACIÓN
NACIONAL
ANTIDOPAJE DE
URUGUAY

ORGANIZACIÓN NACIONAL ANTIDOPAJE DE URUGUAY Formulario de solicitud de Autorización de uso terapéutico (AUT).

Por favor complete todas las secciones. El Deportista debe completar las secciones 1, 2, 3 y 7; el médico debe completar las secciones 4, 5 y 6. Las solicitudes ilegibles o incompletas se devolverán y se deberán presentar nuevamente en forma legible y completa.

1. Información sobre el Deportista

Apellido: _____	Nombre(s): _____	
Mujer: <input type="checkbox"/>	Hombre: <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: _____ <i>(dd/mm/aaaa)</i>
Dirección: _____		
Ciudad: _____	País: _____	
Código postal: _____	Teléfono: _____ <i>(con código internacional)</i>	
E-mail: _____		
Deporte: _____	Disciplina: _____	

2. Solicitudes anteriores

¿Ha presentado previamente alguna solicitud de AUT(s) ante alguna Organización Antidopaje por la misma condición médica?

Sí No

¿Para qué sustancia(s) o método(s)? _____

¿Ante quién? _____ ¿Cuándo? _____

Decisión: Aprobada No aprobada

3. Solicitudes retroactivas

¿Es esta una solicitud retroactiva?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha comenzó el tratamiento? _____

¿Se aplica alguna de las siguientes excepciones? (artículo 4.1 del EIAUT, Estándar Internacional de Autorización de Uso Terapéutico):

- 4.1 (a)** – Se trató de una emergencia o necesitó tratamiento urgente por una condición médica.
- 4.1 (b)** - No hubo tiempo suficiente u oportunidad, o circunstancias excepcionales le impidieron enviar la solicitud de AUT o hacer que esta se evaluara antes de la recolección de muestras.
- 4.1 (c)** - No se le permitió o no se le exigió que solicitara por adelantado una AUT según las normas antidopaje de la ONAU.
- 4.1 (d)** - Es un Deportista de nivel inferior que no está bajo la jurisdicción de una Federación Internacional u Organización Nacional Antidopaje y le recogieron una muestra.
- 4.1 (e)** - Dio positivo después de usar una sustancia fuera de competición que solo estaba prohibida en competición (consulte S6 a S9 de la [Lista de prohibiciones](#), por ejemplo, S9 - glucocorticoides).

Por favor explique (adjunte documentos adicionales).

Otras solicitudes retroactivas (artículo 4.3 del EIAUT)

En circunstancias raras y excepcionales, sin perjuicio de cualquier otra disposición del EIAUT, un Deportista puede solicitar y obtener una aprobación retroactiva para su AUT si, considerando el propósito del Código, sería visiblemente injusto que dicha aprobación retroactiva no fuera otorgada.

Para presentar una solicitud en virtud del artículo 4.3, incluya una explicación completa y adjunte toda la documentación adicional necesaria.

Secciones 4, 5 y 6 a completar por el médico.

4. Información médica (adjunte la documentación médica pertinente)

Diagnóstico (si es posible, utilice la última Clasificación internacional de enfermedades (CIE) de la OMS):

5. Detalles de la medicación

Sustancia/método prohibida/o <u>Nombre genérico</u>	Posología	Vía de administración	Frecuencia	Duración del tratamiento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Se debe adjuntar y enviar junto con esta solicitud los elementos que confirmen el diagnóstico. Las pruebas médicas deben incluir un historial médico completo incluyendo los resultados de todos los exámenes, investigaciones de laboratorio y estudios de imágenes pertinentes. Las copias de los informes o cartas originales deben ser incluidas cuando sea posible. Además, sería útil un breve resumen que incluya el diagnóstico, los hallazgos de los exámenes clínicos, las pruebas médicas y el plan de tratamiento.

Si una medicación permitida puede ser utilizada para el tratamiento de la condición médica, por favor proporcione la justificación para la autorización de uso terapéutico de la medicación prohibida.

La AMA mantiene una serie de listas de verificación de AUT (Checklists) para ayudar a los Deportistas y médicos en la preparación de solicitudes de AUT completas y exhaustivas. Se puede acceder a ellas ingresando el término de búsqueda "Checklist" en el sitio web de la AMA: <https://www.wada-ama.org>.

6. Declaración del médico actuante

Certifico que la información de las secciones 4 y 5 anteriores es precisa. Reconozco y acepto que mi información personal puede ser utilizada por la(s) Organización(es) Antidopaje (OAD) para contactarme por esta solicitud de AUT para verificar la evaluación profesional relativa al proceso de AUT o por las investigaciones o procedimientos de infracción de las normas antidopaje. Además, reconozco y acepto que mi información personal se cargará en el Sistema de administración y gestión antidopaje (ADAMS, por sus siglas en inglés) para esos fines y la [Política de privacidad](#) del sistema ADAMS para más detalles).

Nombre: _____

Especialidad médica: _____

Número de licencia: _____ Emitida por: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____
(con código internacional)

Correo electrónico: _____

Firma del médico actuante: _____ Fecha: _____
(dd/mm/aaaa)

7. Declaración del Deportista

Yo, _____, certifico que la información establecida en las secciones 1, 2, 3 y 7 es exacta y completa.

Autorizo a mi(s) médico(s) a divulgar la información y los registros médicos que consideren necesarios para evaluar los méritos de mi solicitud de AUT a los siguientes destinatarios: la(s) Organización(es) Antidopaje (OAD) responsable(s) de tomar la decisión de otorgar, rechazar o reconocer mi AUT; la Agencia Mundial Antidopaje (AMA), que es la responsable de garantizar que las determinaciones tomadas por las OAD respeten el EIAUT; los médicos que son miembros de los Comités de AUT de la AMA y OAD interesadas (CAUT) que puedan necesitar revisar mi solicitud de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje y los Estándares Internacionales; y, si fuera necesario, otros expertos médicos, científicos o legales independientes para evaluar mi solicitud.

Además, autorizo a la ONAU de Uruguay a divulgar mi solicitud de AUT completa, incluida la información y los registros médicos de respaldo, a otras OAD y a la AMA por las razones descritas anteriormente, y entiendo que estos destinatarios también pueden necesitar proporcionar mi solicitud completa a los miembros del CAUT y expertos relevantes para su evaluación.

He leído y comprendido el Aviso de privacidad de AUT (a continuación) que explica cómo se procesará mi información personal en relación con mi solicitud de AUT, y acepto sus términos.

Firma del Deportista: _____

Fecha: _____

(dd /mm/ aaaa)

Firma del padre/Responsable: _____

Fecha: _____

(dd /mm/ aaaa)

(Si el Deportista es menor de edad o tiene una discapacidad que le impide firmar este formulario, un padre o responsable deberá firmar en nombre del Deportista)

Aviso de privacidad AUT

Este Aviso describe el procesamiento de la información personal a efectuarse en relación con su envío de un Formulario de solicitud de AUT.

TIPOS DE INFORMACIÓN PERSONAL (IP)

- La información proporcionada por usted o su(s) médico(s) en el formulario de solicitud de AUT (incluido su nombre, fecha de nacimiento, detalles de contacto, deporte y disciplina, y el diagnóstico, medicación y tratamiento relevantes para su solicitud);
- Información y registros médicos de respaldo proporcionados por usted o su(s) médico(s); y
- Evaluaciones y decisiones sobre su solicitud de AUT por parte de las OAD (incluida la AMA) y sus comités de AUT y otros expertos en AUT, incluidas las comunicaciones con usted y su(s) médico(s), OAD concernidas o personal de apoyo con respecto a su solicitud.

PROPÓSITOS Y USO

Su IP se utilizará para procesar y evaluar los méritos de su solicitud de AUT según el Estándar Internacional para Autorizaciones de Uso Terapéutico. En algunos casos, podría usarse para otros fines de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje (Código), los Estándares Internacionales y las reglas antidopaje de las OAD con autoridad para examinarlo. Esto incluye:

- Gestión de resultados, en caso de un resultado adverso o atípico basado en su(s) muestra(s) o en el Pasaporte biológico del Deportista; y
- En raras ocasiones, investigaciones o procedimientos relacionados en el contexto de una presunta infracción de las normas antidopaje (INAD).

TIPOS DE DESTINATARIOS

Su IP, incluida su información y registros médicos o de salud, puede ser compartida con:

- Las OAD responsables de tomar la decisión de otorgar, rechazar o reconocer su AUT, así como sus terceros delegados (si los hubiera). La decisión de otorgar o denegar su solicitud de AUT también se pondrá a disposición de las OAD con autoridad sobre usted para realizar controles y/o gestionar resultados;
- Personal autorizado de la AMA;
- Miembros relevantes de los Comités de AUT (CAUT) de cada OAD y de la AMA; y
- Otros expertos médicos, científicos o legales independientes, si es necesario.

Tenga en cuenta que, debido a la confidencialidad de la información de la AUT, solo recibirá acceso a su solicitud un número limitado de personal de las OAD y de la AMA. Las OAD (incluida la AMA) deben manejar su IP de acuerdo con el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal.

La OAD que recibe su solicitud también cargará su IP en el sistema ADAMS para que otras OAD y la AMA puedan acceder a ella de ser necesario para los fines descritos anteriormente. El sistema ADAMS está alojado en Canadá y es operado y administrado por la AMA. Para obtener detalles sobre ADAMS y cómo la AMA procesará su IP, consulte la Política de privacidad de ADAMS.

TRATAMIENTO JUSTO Y LEGAL

Al firmar la Declaración del Deportista, confirma que ha leído y comprendido este Aviso de Privacidad de la AUT. Cuando corresponda y lo permita la ley aplicable, las OAD y otras partes mencionadas anteriormente también pueden considerar que esta firma corrobora su consentimiento expreso para el procesamiento de IP descrito en este Aviso. Alternativamente, las OAD y estas otras partes pueden basarse en otros motivos reconocidos en la ley para procesar su IP con los fines descritos en este Aviso, tales como los importantes intereses públicos a los que sirve el antidopaje, la necesidad de cumplir con las obligaciones contractuales que se le deben, de garantizar el cumplimiento de una obligación o un proceso legal obligatorio, o de satisfacer intereses legítimos asociados con sus actividades.²

DERECHOS

Según el EIPPIP, usted tiene derechos con respecto a su IP, incluyendo el derecho a una copia de esta y a que, en determinadas circunstancias, se corrija, bloquee o elimine su IP. Es posible que tenga derechos adicionales en virtud de las leyes aplicables, como el derecho a presentar una queja ante un ente regulador de la privacidad de datos de su país.

Cuando el procesamiento de su IP está basado en su consentimiento, este puede ser revocado en cualquier momento, incluida la autorización a su médico para divulgar información médica como se describe en la Declaración del Deportista. Para hacerlo, debe notificar su decisión a su OAD y a su(s) médico(s). Si retira su consentimiento u objeta el procesamiento de IP descrito en este Aviso, es probable que su AUT sea rechazada ya que las OAD no podrán evaluarla adecuadamente de acuerdo con el Código y los Estándares Internacionales.

En casos excepcionales, también puede ser necesario que las OAD continúen procesando su IP para cumplir con las obligaciones según el Código y los Estándares Internacionales, a pesar de su objeción a dicho procesamiento o su retiro del consentimiento (cuando corresponda). Esto incluye el procesamiento de investigaciones o procedimientos relacionados con infracciones a las normas antidopaje (INAD), así como el procesamiento para establecer, ejercitar o defenderse de reclamos legales que lo involucren a usted, a la AMA y/o a la OAD.

SALVAGUARDIA

Toda la información contenida en una solicitud de AUT, incluida la información y los registros médicos de respaldo, y cualquier otra información relacionada con la evaluación de una solicitud de AUT, debe manejarse de acuerdo con los principios de estricta confidencialidad médica. Los médicos que son miembros de un comité de AUT y cualquier otro experto consultado deben estar sujetos a acuerdos de confidencialidad.

Bajo el EIPPIP, el personal de la OAD también debe firmar acuerdos de confidencialidad, y las OAD deben implementar fuertes medidas de privacidad y seguridad para proteger su información personal. El EIPPIP requiere que las OAD apliquen a la información de AUT niveles más altos de seguridad, debido a la sensibilidad de esta información.

RETENCIÓN

Las OAD (incluida la AMA) conservarán su IP durante los períodos de retención descritos en el Anexo A del EIPPIP. Los certificados de AUT o las decisiones de rechazo se conservarán durante 10 años. Los formularios de solicitud de AUT y la información médica complementaria se conservarán durante 12 meses a partir del vencimiento de la AUT. Las solicitudes de AUT incompletas se conservarán durante 12 mese

CONTÁCTENOS

Consultenos por cualquier duda (ONAUJ³ al siguiente mail (educacion.onau@fdu.org.uy)).