

ORGANIZAÇÃO NACIONAL ANTIDOPAGEM DE CABO VERDE

Formulário de solicitação de autorização de utilização terapêutica de substâncias proibidas (AUT)

Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form

Por favor, preencha o formulário em letras maiúsculas ou à máquina. O praticante desportivo deve preencher os campos 1,2, 3 e 7; o médico deve preencher os campos 4,5 e 6. Formulários ilegíveis ou incompletos serão devolvidos e devem ser submetidos novamente com letra legível e com a informação completa.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 2, 3 and 7; Physician to complete sections 4, 5 and 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. Informação do Praticante Desportivo / Athlete Information

Nome Completo / Full Name:		
Feminino/ Female: <input type="checkbox"/>	Masculino/ Male: <input type="checkbox"/>	Data de Nascimento / Date of Birth:/...../..... (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
Endereço/ Adress:		
Cidade/ City:	País/ Country:.....	
Código Postal/ Postcode:	Telefone/ Telephone: (Com o código internacional / with international code)	
E-mail:		
Desporto/ Sport:	Disciplina/ Discipline:	

2. Autorizações Anteriores / Previous Applications

Já submeteu alguma autorização de utilização terapêutica anteriormente a alguma Autoridade Antidopagem para a mesma condição? / Have you submitted any previous TUE application(s) to any Anti-Doping Organization for the same condition?

Sim / Yes Não / No

Para que substância(s) ou método(s)? /For which substance(s) or method(s)?

A quem? / To whom?..... Quando/ When?

Decisão / Decision: Aprovada / Approved Não Aprovada / Not approved

3. Autorização Retroativa / Retroactive Applications

É um pedido retroativo? / Is this a retroactive application?

Sim / Yes Não / No

Se sim, em que data começou o tratamento? If yes, on what date was the treatment started?/..... /

Aplicam-se algumas das exceções abaixo indicadas? (Artigo 4.1 da Norma Internacional das AUT? /Do any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE):

- 4.1 (a)** - Necessidade de tratamento de emergência ou urgente dada a condição médica? You required emergency or urgent treatment of a medical condition.
- 4.1 (b)** – Não teve tempo suficiente, oportunidade, ou outras circunstâncias que o impediram de solicitar a AUT ou tê-la avaliada antes da colheita da amostra? There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested.
- 4.1 (c)** – Segundo as normas antidopagem da ONAD-CV, não foi autorizado ou obrigado a solicitar antecipadamente AUT / You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per ADoP anti-doping rules.
- 4.1 (d)** – É um praticante desportivo de nível inferior não está sobre a jurisdição de uma Federação Internacional ou de uma Autoridade Antidopagem e foi controlado. / You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or National Anti-Doping Organization and were tested.
- 4.1 (e)** – Testou positivo após o uso fora de competição de uma substância que era proibida apenas em competição, por exemplo S9 glucocorticoides. Consulte a [Lista de Substâncias e Métodos Proibidos](#). / You tested positive after using a substance Out-of-Competition that was only prohibited In-Competition, e.g., S9 glucocorticoids. See [Prohibited List](#), available at www.onad.gov.cv.

Justifique (se necessário anexe documentos adicionais) / Please explain (if necessary, attach further documents)

.....
.....
.....

Outros Pedidos Retroativos (Artigo 4.3 ISTUE) / Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3)

Não obstante o disposto na ISTUE em que situações raras ou circunstâncias excepcionais, pode um praticante desportivo solicitar e ter aprovada uma AUT retroativa se, considerando o objetivo do Código, seria injusto não conceder uma AUT retroativa. / in rare and exceptional circumstances notwithstanding any other provision in the ISTUE, an Athlete may apply for and be granted retroactive approval for their TUE if, considering the purpose of the Code, it would be manifestly unfair not to grant a retroactive TUE.

Para se ter em conta o Artigo 4.3, por favor fundamente a razão e anexe toda a documentação que comprove o exposto. /In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

.....
.....
.....

Médico deve preencher os campos 4,5 e 6/ Physician to complete sections 4, 5 and 6.

4. Informação Médica (por favor anexe toda a documentação médica relevante) /Medical Information (please attach relevant medical documentation)

Diagnóstico /Diagnosis

.....
.....
.....
.....

5. Detalhes Médicos / Medication Details

Substância(s) Proibidas(s) / Métodos Genéricos Nomes/ <i>Prohibited Substance(s)/Method(s) Generic name(s)</i>	Dose de Administração/Dosage	Via de administração / Route of Administration	Frequência / Frequency	Duração do tratamento, indicando a data de início e fim de tratamento / <i>Duration of Treatment, including the date of begining and end of treatment</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Devem ser anexas a esta solicitação evidências que confirmem o diagnóstico. As evidências médicas devem incluir uma história médica detalhada e os resultados de todos os exames relevantes, investigações laboratoriais e estudos de imagiologia. Devem ser anexas, sempre que possíveis cópias de relatórios e cartas originais. As evidências devem ser as mais objetivas possíveis e no caso de patologias não demonstráveis, opiniões médicas independentes suportando o diagnóstico, facilitam a concessão da AUT.

Se um medicamento permitido puder ser usado para tratar a condição médica, justifique o pedido da autorização de utilização terapêutica para a substância proibida.

A AMA tem uma série de “check lists” disponíveis para ajudar os médicos e praticantes desportivos na preparação completa do pedido de autorização de utilização terapêutica. Disponíveis no site da AMA em <https://www.wada-ama.org> basta fazer a pesquisa por “check lists”.

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. In addition, a summary that includes the diagnosis, key elements of the clinical exams, medical tests and the treatment plan would be helpful.

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide justification for the therapeutic use exemption for the prohibited medication.

WADA maintains a series of TUE Checklists to assist athletes and physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These can be accessed by entering the search term “Checklist” on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>.

2. Declaração do Médico / Medical Practitioner's Declaration

Eu certifico que a informação constante nos pontos acima 4,5 e 6 é precisa. Tomei conhecimento e concordo que os meus dados pessoais possam ser utilizados para contatos sobre este pedido de autorização de utilização terapêutica por parte das Autoridades Antidopagem, para confirmarem a avaliação profissional relativa ao meu processo de solicitação de autorização de utilização terapêutica, ou em relação a um procedimento de investigação de Violação de Norma Antidopagem. Tomo ainda conhecimento e concordo que os meus dados pessoais podem ser submetidos no ADAMS - Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) para este efeito (para mais informações consulte a [Política de Privacidade ADAMS](#))

I certify that the information in sections 4 and 5 above is accurate. I acknowledge and agree that Anti-Doping Organization(s) (ADO) may use my personal information to contact me regarding this TUE application, to verify the professional assessment in connection with the TUE process, or in connection with Anti-Doping Rule Violation investigations or proceedings. I further acknowledge and agree that my personal information will be uploaded to the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) for these purposes (see [ADAMS Privacy Policy](#) for more details).

Nome / Name:

Especialidade Médica / Medical specialty:

Número de Licença/ License number: Corpo de Licença / License body:

Morada / Address:

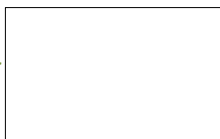
Localidade / City: País / Country:

Código postal / Post Code: Telefone / Telephone:
(Com o código internacional / with international code)

E-mail:

Assinatura do Médico/ Signature of Medical Practitioner

Vinheta do Médico/Medical Sticker



Data /Date:/...../

7. Declaração do Praticante Desportivo / Athlete's Declaration

Eu..... certifico que a informação preenchida nos pontos 1,2,3 e 7 estão completos e precisos.

Autorizo que os meus médicos divulguem a minha informação e registos médicos que eles considerem necessários para avaliar o meu pedido de AUT aos seguintes destinatários: Autoridade Antidopagem responsável por tomar a decisão de autorizar, rejeitar ou reconhecer a minha AUT, ou seja a ONAD-CV; a Agência Mundial Antidopagem (AMA) que é responsável por assegurar que os pedidos autorizados pelas Autoridades respeitam a Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica (ISTUE); os médicos que são membros da Comissão da AUT da ONAD-CV, e o Comité de Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA, que podem precisar de rever o meu pedido segundo as condições previstas no Código Mundial Antidopagem e as Normas Internacionais; e se for necessário para a avaliação do meu pedido outros especialistas médicos, científicos ou jurídico independentes.

Autorizo ainda que a ONAD-CV divulgue o meu pedido completo de AUT, incluindo as informações médicas de apoio e registos, a outras Autoridades Antidopagem e AMA pelos motivos acima descritos, e entendo que esses destinatários podem precisar também de divulgar aos membros das suas CAUTs e especialistas o meu pedido completo de AUT para avaliar a minha solicitação.

Li e compreendi a Política de Privacidade da AUT abaixo que explica como os meus dados pessoais serão processadas tendo em conta o meu pedido de AUT e aceito os seus termos.

I,certify that the information set out at sections 1, 2, 3 and 7 is accurate and complete.

I authorize my physician(s) to release the medical information and records that they deem necessary to evaluate the merits of my TUE application to the following recipients: the Anti-Doping Organization(s) (ADO) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize my TUE; the World Anti-Doping Agency (WADA), who is responsible for ensuring determinations made by ADOs respect the ISTUE; the physicians who are members of relevant ADO(s) and WADA TUE Committees (TUECs) who may need to review my application in accordance with the World Anti-Doping Code and International Standards; and, if needed to assess my application, other independent medical, scientific or legal experts.

I further authorize ONAD-CV to release my complete TUE application, including supporting medical information and records, to other ADO(s) and WADA for the reasons described above, and I understand that these recipients may also need to provide my complete application to their TUEC members and relevant experts to assess my application.

I have read and understood the TUE Privacy Notice (below) explaining how my personal information will be processed in connection with my TUE application, and I accept its terms.

Assinatura do Praticante Desportivo/Athlete's signature:.....

Data/Date:/.... /

Assinatura do Pai/Mãe – tutor / Parent's/Guardian's signature:

Data/Date:/.... /

(Se o praticante desportivo for menor ou possui uma incapacidade que o(a) impede de assinar esta declaração, os pais ou tutor devem assinar em conjunto ou em nome do praticante desportivo)

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing them from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

Por favor, envie o formulário completo à ONAD-CV e guarde uma cópia.

(e-mail: secretaria.info@onad.gov.cv)

Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your records.

Formulários incompletos não serão aceites.

Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted.
