

Esenzione a fini terapeutici

Processo abbreviato

(beta-2 agonisti per via inalatoria e glucocorticoidi per vie non sistemiche)

Chiedo l'autorizzazione del C.O.N.I. – Commissione Scientifica Antidoping per l'uso a fini terapeutici di una sostanza vietata inserita nella Lista delle sostanze vietate e dei metodi proibiti dell'AMA.

1. Informazioni sull'atleta

Cognome: Nome:
M F Indirizzo:
Città: Paese: CAP:
Data di nascita (g/m/a):
Telefono ufficio: Telefono abitazione: Cellulare:
E-mail: Fax:
Sport/Disciplina: Livello dell'atleta:
FSN/DA: Società Sportiva:.....
In caso di atleta disabile, precisare la disabilità:

2. Notifica del medico curante

Nome, qualifica e specializzazione medica (*vedi nota 1*):
.....
.....
Indirizzo:
..... E- mail:
Telefono ufficio: Telefono abitazione:
Cellulare: Fax:
Diagnosi (*vedi nota 2*):
.....
Il medico federale è stato informato di questa richiesta da:
Atleta Commissione Federale Antidoping
Nome del medico federale (*vedi nota 3*):

Domanda n.:

3. Informazioni mediche (vedi nota 4)

Sostanza/e vietata/e	Posologia	Via di somministrazione	Frequenza di somministrazione
1.			
2.			
3.			

Durata prevista del trattamento medico	
---	--

Domanda/e EFT precedente/i in corso: sì no

Se sì: indicare la data:

Risultato (allegare EFT precedenti):

Se opportuno, indicare i motivi per cui non vengono utilizzate terapie alternative (vedi nota 5):

.....
.....

4. Scrivere altre informazioni ed allegare dati medici sufficienti per comprovare la diagnosi e la necessità di usare una sostanza vietata:

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

3. Dichiarazione del medico e dell'atleta

Io sottoscritto,, certifico che la sostanza o le sostanze sopra menzionate per il suddetto atleta sono state/vengono somministrate come trattamento appropriato per la suddetta patologia.

Firma del medico: **Data:**

Io sottoscritto, certifico che le informazioni al punto 1 sono corrette e che chiedo l'autorizzazione ad usare una sostanza o un metodo rientranti nella Lista dei divieti dell'AMA. Autorizzo la divulgazione dei miei dati medici personali alla Commissione Scientifica Antidoping del CONI (CSA), al personale dell'AMA e al Comitato per l'esenzione a fini terapeutici (CEFT) dell'AMA, come previsto dal Codice. Sono consapevole che, se sarà mia volontà revocare in qualsiasi momento la richiesta di esenzione per fini terapeutici, dovrò darne comunicazione scritta al mio medico curante.

Firma dell'atleta **Data**

Firma del genitore o del tutore:

Data:

(Se l'atleta è un minore o è affetto/a da una disabilità che gli/le impedisce di firmare questo modulo, uno dei genitori o il tutore firmerà con lui/lei o al posto dell'atleta).

4. Note

Nota 1 **Nome, qualifica e specializzazione medica**
Per esempio, Dott. AB Cook, MD FRACP, gastroenterologo.

Nota 2 **Diagnosi**
La documentazione che comprova la diagnosi deve essere allegata ed inoltrata insieme alla presente domanda. La documentazione medica deve includere una storia medica esauriente, (ivi compresa l'anamnesi di cui alle visite mediche per la specifica idoneità sportiva) e i risultati di tutti gli esami pertinenti, le analisi di laboratorio e le indagini di imaging, Copie dei rapporti o delle lettere originali devono essere incluse, se possibile. La documentazione deve essere il più possibile oggettiva nelle circostanze cliniche e, nel caso di patologia non dimostrabile, un'opinione medica indipendente a supporto della diagnosi dovrà essere allegata alla presente domanda.

Nota 3 **Medico federale**
Il medico federale (inteso come medico capo dell'organizzazione sportiva nazionale coinvolta a norma WADA) deve essere informato della domanda presentata alla CSA (intesa come Organizzazione antidoping a norma WADA). La domanda dovrebbe includere una dichiarazione del medico della Società Sportiva di appartenenza o del medico personale del tesserato (intesi come medico dell'organizzazione sportiva di appartenenza dell'atleta a norma WADA) in cui si attesta la necessità della sostanza o del metodo normalmente vietati per il trattamento dell'atleta. Ad ogni buon fine si rammenta che tale procedura è stata recepita dal CONI prevedendo nel Regolamento Antidoping (art. 6.2.c) la trasmissione della documentazione clinica alla CSA per il tramite della Commissione Federale Antidoping.

Nota 4 **Informazioni mediche**
Fornire le informazioni relative a tutte le sostanze vietate o i metodi proibiti per i quali si chiede l'esenzione. Usare il nome generico(DCI a norma WADA) e specificare la posologia del farmaco.

Nota 5 *Se un farmaco permesso può essere utilizzato nel trattamento della patologia dell'atleta, fornire la giustificazione clinica per cui si richiede l'uso di una sostanza vietata.*

Le domande incomplete saranno restituite al richiedente e dovranno essere nuovamente presentate.

Inviare il modulo compilato alla CSA per il tramite della Commissione Federale Antidoping e conservarne una copia.

CERTIFICATO DI AUTORIZZAZIONE PER USI TERAPEUTICI

L'atleta ha ricevuto l'autorizzazione ad utilizzare la o le sostanze vietata/e di seguito elencate, alle condizioni stabilite nel presente documento.

Informazioni sull'atleta

Cognome: Nome:
M F Indirizzo:
Città: Paese: CAP:
Data di nascita (g/m/a):
Telefono ufficio: Telefono abitazione: Cellulare:
E-mail: Fax:
Sport/Disciplina: Livello dell'atleta:
FSN/DA: Società Sportiva:.....
In caso di atleta disabile, precisare la disabilità:

Sostanza/e vietata/e:

Posologia e metodo di somministrazione:

.....

Durata dell'autorizzazione: Data di scadenza

Condizioni specifiche legate alla presente autorizzazione:

.....

.....

Avviso per l'atleta: la posologia, la frequenza e il metodo di somministrazione prescritti dal medico devono essere scrupolosamente rispettati!

AUTORIZZAZIONE CONCESSA DALLA COMMISSIONE SCIENTIFICA ANTIDOPING

Professore/Dottore:

Firma: Data

Telefono:

AVVISO PER L'ATLETA

Portare sempre con sé il presente modulo, che dovrà essere allegato in copia al verbale di prelievo al momento del controllo antidoping