



Lista de comprobación para una Solicitud de Autorización de Uso Terapéutico (AUT):

Logotipo de la OAD

Infusiones intravenosas

Método prohibido: Volumen > 100 ml por 12 h

Esta lista de comprobación es para guiar al deportista y a su médico sobre los requisitos para una solicitud de AUT que permitirá al Comité de AUT evaluar si se cumplen los criterios relevantes del EIAUT.

Tenga en cuenta que no basta con completar el formulario de AUT; es OBLIGATORIO aportar los documentos de apoyo. Una solicitud completa y una lista de comprobación NO garantizan la concesión de una AUT. Por el contrario, en determinados casos una solicitud podría ser legítima pese a no incluir todos los elementos de la lista de comprobación.

<input type="checkbox"/>		El formulario de solicitud de AUT debe incluir:
	<input type="checkbox"/>	Todas las secciones completadas con letra legible
	<input type="checkbox"/>	Toda la información enviada en [idioma(s) de preferencia de la OAD]
	<input type="checkbox"/>	Una firma del médico que la solicita
	<input type="checkbox"/>	La firma del deportista
<input type="checkbox"/>		El informe médico debe incluir detalles de:
	<input type="checkbox"/>	Historia clínica: síntomas al momento de la manifestación, evolución de la enfermedad/afección, inicio del tratamiento. Debe definirse/describirse dónde se administró o se va a administrar la infusión. (Nota: las infusiones administradas como parte de un tratamiento hospitalario, un procedimiento quirúrgico o un procedimiento de diagnóstico no requieren una AUT salvo que contengan una sustancia prohibida).
	<input type="checkbox"/>	Hallazgos en el examen: por ej. signos físicos de enfermedad o afección médica relevante
	<input type="checkbox"/>	Interpretación de síntomas, hallazgos clínicos y resultados de pruebas
	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de enfermedad o afección médica más probable
	<input type="checkbox"/>	Infusión: volumen y duración de la administración (solo un volumen > 100 ml por 12 h requiere una AUT) y sustancia (si se infunde alguna sustancia prohibida), incluida la dosis y la frecuencia
	<input type="checkbox"/>	Respuesta al tratamiento/evolución de la enfermedad/afección
	<input type="checkbox"/>	Si un tratamiento alternativo no era una opción, se debe proporcionar una descripción de por qué se eligió la administración intravenosa de líquido o sustancia.
<input type="checkbox"/>		Resultados de pruebas de diagnóstico incluidos (copias de los originales o impresiones)
	<input type="checkbox"/>	Pruebas de laboratorio: si están disponibles, por ejemplo, Hb/Hct, electrolitos, hemograma, ferritina sérica, etc.
<input type="checkbox"/>		Información adicional incluida
	<input type="checkbox"/>	[Según las especificaciones de la OAD]