Lista de comprobación para la solicitud de una autorización de uso terapéutico (AUT):

logotipo ADO

**Hipogonadismo masculino**

*Sustancias prohibidas: testosterona, gonadotropina coriónica humana*

Esta lista de comprobación tiene el objetivo de guiar al deportista y su médico sobre los requisitos de solicitud de una AUT y permitirá al Comité correspondiente 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. *Completar el formulario y la lista de comprobación NO garantiza 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  | El **formulario de solicitud de una AUT** debe incluir: |
|  |  | Todas las secciones cumplimentadas a mano con letra de imprenta |
|  |  | Toda la información presentada en [idioma] |
|  |  | La firma del médico que realiza la solicitud  |
|  |  | La firma del deportista |
|  | El **informe médico** debe incluir detalles sobre: |
|  |  | Anamnesis: progresión puberal, libido y frecuencia de la actividad sexual (incluyendo duración e intensidad de cualquier problema), erecciones y/o eyaculaciones, sofocos/sudoración, trastornos testiculares, lesiones importantes en la cabeza (si procede), orquitis, antecedentes familiares de pubertad retrasada (si procede), síntomas inespecíficos (ya sean positivos o negativos) |
|  |  | Exploración física: ginecomastia, patrón de crecimiento del vello corporal (axilar y púbico), disminución de la necesidad de afeitado, volumen testicular mediante orquidómetro o ecografía, estatura, peso, IMC, desarrollo y tono muscular (debe evaluarse e incluirse) |
|  |  | Interpretación del historial, el cuadro clínico inicial y los resultados analíticos a cargo del médico responsable del tratamiento, preferiblemente un especialista en endocrinología subespecializado en andrología |
|  |  | Diagnóstico: hipogonadismo primario o secundario, orgánico o funcional (tener en cuenta que las AUT solo se concederán por causas orgánicas) |
|  |  | Sustancia recetada (la testosterona y la gonadotropina coriónica humana están prohibidas siempre), incluyendo dosis, frecuencia y vía de administración |
|  |  | Tratamiento y plan de seguimiento  |
|  |  | Evidencia de seguimiento/monitorización del deportista por un médico cualificado para las renovaciones |
|  | Entre los **resultados de las pruebas diagnósticas** deben incluirse copias de: |
|  |  | Pruebas analíticas (antes de las 10 a.m. y en ayunas, al menos dos veces en un periodo de 4 semanas, al menos con 1 semana de separación): testosterona total sérica, LH sérica, FSH sérica, SHBG sérica |
|  | **Información adicional** incluida, si está indicado |
|  |  | Análisis de semen, incluyendo recuento espermático si hay problemas de fertilidad |
|  |  | Inhibina B (si se considera hipogonadismo hipogonadotrópico aislado congénito o retraso puberal constitucional) |
|  |  | RM de la hipófisis, con o sin contraste; pruebas de función hipofisaria, según esté indicado (p. ej., cortisol por la mañana, prueba de estimulación con ACTH, TSH, T4 libre, prolactina)  |
|  |  | Otros diagnósticos para identificar una etiología orgánica para el hipogonadismo secundario (p. ej., prolactina, estudios del hierro y pruebas genéticas para la hemocromatosis hereditaria) |
|  |  | Imagen dexa, si procede |