



Athlete Name: .....

<b>Note</b>	<b>Documentazione di supporto – Informazioni per la valutazione</b>	
	<p>La motivazione principale per la quale le domande di TUE vengono rifiutate è l'esiguità delle informazioni o della documentazione di supporto. <b>Ricordiamo che il Comitato per le Esenzioni a Fini Terapeutici (CEFT) deve poter disporre di informazioni cliniche sufficienti per confermare la patologia e il trattamento prescritto senza poter osservare direttamente le condizioni cliniche del paziente.</b> Se questa documentazione non è resa disponibile, la richiesta sarà respinta prima di essere visionata dal Comitato per le Esenzioni a fini Terapeutici. Pregasi verificare attentamente la documentazione di supporto che è allegata alla domanda.</p> <p>Sul sito della WADA, <a href="http://www.wada-ama.org">www.wada-ama.org</a> accedendo a Therapeutic Use Exemption, "Medical Information", è possibile individuare le linee-guida con diagnosi e cura delle condizioni cliniche più comuni che interessano gli atleti e che possono richiedere il trattamento con sostanze proibite.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Descrizione dettagliata della patologia.</li> <li>o Copie delle indagini e delle refertazioni rilevanti nonché delle note cliniche (per esempio se si fa riferimento nella domanda ad una visita medica, dovrà essere allegata alla domanda copia delle note del medico che la ha effettuata).</li> <li>o Copie dei referti di laboratorio e delle immagini anche se in formato elettronico. (Una frase riassuntiva o di rimando ai risultati di laboratorio non è sufficiente. Se i risultati di laboratorio fanno parte o sono correlati alla diagnosi, non è accettabile il solo riferimento, ma deve essere allegata copia del documento originale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Una dichiarazione motivata per sostenere la peculiarità terapeutica per la somministrazione della sostanza vietata rispetto alle altre alternative disponibili tra i farmaci sostanze ammesse.</li> </ul> <p>Nota: Molte esenzioni a fini terapeutici non sono prese in carico o sono NON concesse per l'assenza della documentazione che confermi l'inefficacia di trattamenti precedenti. Se sono disponibili trattamenti alternativi, con sostanze ammesse, deve essere documentata l'inefficacia di detti trattamenti. Chiarimenti in merito a sostanze vietate / principi attivi, sono possibili inviando una mail al seguente indirizzo <b>ceft.antidoping@nadoitalia.it</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Parere medico di un soggetto terzo, quando disponibile o appropriato.</li> </ul>

## 2. Farmaci

Sostanze proibite prescritte: <u>Nome Farmaco</u>	Dosaggio	Via di somministrazione	Frequenza
1.			
2.			
3.			

<b>Durata del trattamento proposto:</b> (Segnare la casella appropriata)	<input type="checkbox"/> Somministrazione in un'unica soluzione  <input type="checkbox"/> Emergenza ( Se è un trattamento di emergenza riportare sul frontespizio della domanda " EMERGENZA " in modo da accelerare al massimo l'iter della pratica )  <input type="checkbox"/> Somministrazione prolungata (nota: Settimane/Mesi )
-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Athlete Name:** .....

**4. Dichiarazione del Medico curante**

<p><b>Il sottoscritto certifica che le informazioni di cui alle sezioni 2 e 3 sono accurate, e che i trattamenti sopramenzionati sono adeguati dal punto di vista medico:</b></p>	
<p>Nome: .....</p>	
<p>Specializzazione Medica: .....</p>	
<p>Indirizzo: .....</p>	
<p>Telefono: .....</p>	
<p>Fax: .....</p>	
<p>Email: .....</p>	
<p>Firma del Medico: .....</p>	
<p>Data: .....</p>	

**5. Retroattività**

<p><b>Questa è una Richiesta Retroattiva ?</b></p> <p><b>Si:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>No:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, in che data il trattamento è iniziato ?</p> <p>.....</p>	<p><b>Indicare le Motivazioni:</b></p> <p><input type="checkbox"/> E' stato necessario eseguire un trattamento d'emergenza o il trattamento di una condizione acuta dell'atleta.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa di altre circostanze eccezionali, non sussistevano le condizioni temporali o di applicabilità per avviare l'iter di richiesta dell'esenzione ai fini terapeutici.</p> <p><input type="checkbox"/> Non era prevista dai regolamenti la richiesta anticipata dell'esenzione ai fini terapeutici.</p> <p><input type="checkbox"/> Altro, specificare:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**Athlete Name:** .....

**Firma del Genitore / Affidatario :** .....

**Date:** .....

(Se l'atleta è un minore o un portatore di handicap che impedisce la firma di questo domanda, la stessa potrà essere firmata dal genitore o dall'affidatario congiuntamente o in alternativa a quella dell'atleta )

**\*\*Non sarà effettiva la TUE fino a quando all'atleta non sarà notificata l'avvenuta revisione della documentazione\*\***

**Si prega di inviare (conservando una copia), la domanda completa a:**

**NADO Italia, CEFT**

**Viale dei Gladiatori, 2 – 00135 Roma**

**E-mail: [ceft.antidoping@nadoitalia.it](mailto:ceft.antidoping@nadoitalia.it)**

**Fax: +39 06 32723742**