

EXENCIÓN POR USO TERAPÉUTICO (TUE)



FORMULARIO DE SOLICITUD

Anexo 3b

IRB fax: +353 1 2409 289

e-mail: TUE@irb.com

De acuerdo a la Sección 4 del Standard Internacional de WADA para Exenciones por Uso Terapéutico y a la Regulación 21.5 del IRB cualquier Jugador que desee solicitar el uso de una Sustancia Prohibida o Método Prohibido para tratar una condición médica legítima, deberá solicitarlo a la Comisión de Exención por Uso Terapéutico (TUEC) pertinente vía su Unión nacional.

SECCIÓN A – Información del Jugador - POR FAVOR UTILICE LETRAS MAYÚSCULAS

Nombre:	_____	Apellido:	_____	Fecha de nacimiento:	/ /
Género:	Masc <input type="checkbox"/>	Fem <input type="checkbox"/>	Número de teléfono - Celular:	<input type="text"/>	
Unión Nacional y Nivel:	_____		Equipo/Club:	_____	
<small>(por ej.: Nac 15 Plantel/7's/Sub21 etc.)</small>					

SECCIÓN B – Médico que certifica e Información médica

Nombre:	_____	Especialidad médica:	_____
Dirección de trabajo:	_____		
Teléfono del trabajo:	Fax:	Celular:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Email:	_____		
Diagnóstico con suficiente información médica (ver nota 1):	_____		

¿Ha sido notificado de este requerimiento el Jefe Oficial Médico/Doctor de la Unión nacional?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

SECCIÓN C – Información médica en detalle

Sustancia prohibida: Nombre genérico	Dosis de Administración	Vía de Administración	Frecuencia de Administración
1.			
2.			

Duración tentativa del tratamiento: Una vez Emergencia Semanas Meses Años

Si pudiera usarse una medicación permitida para tratar la condición médica, indique una justificación médica para la solicitud de uso de la medicación prohibida:

SECCIÓN D – Declaración del Médico

Yo,..... certifico que el tratamiento mencionado arriba es médicamente apropiado y que el uso de medicaciones alternativas que no figuren en la Lista de Prohibiciones sería inadecuado para esta condición médica.

Firma del médico: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

SECCIÓN E – Solicitudes anteriores o actuales de TUE

¿Ha solicitado una TUE anteriormente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿En qué fecha?: ____ / ____ / ____
Si es Sí, ¿Para qué sustancia(s)?	_____		
Organismo TUE que otorgó la TUE:	_____	Decisión TUE: Adjuntar copia de la solicitud de TUE y Certificado de Aprobación si fuera para la misma sustancia	

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

EXENCIÓN POR USO TERAPÉUTICO (TUE)



FORMULARIO DE SOLICITUD

Anexo 3b

IRB fax: +353 1 2409 289

e-mail: TUE@irb.com

SECCIÓN F – Declaración del Jugador

Yo,..... certifico que la información proporcionada en las SECCIONES A y B es exacta y que yo estoy solicitando la autorización para el uso de una Sustancia o Método Prohibido de la Lista de Prohibiciones de WADA. Yo autorizo la registración (tanto electrónicamente como de algún otro modo) y/o almacenamiento de la información médica personal que libero, a la Organización Anti-Doping, Organizadores de Torneo pertinentes, así como al personal de WADA y a la TUEC de WADA, según las disposiciones del Código. Yo entiendo que si alguna vez yo quisiera revocar el derecho de la TUEC correspondiente o TUEC de WADA, de obtener mi información de salud en mi nombre, yo deberé notificar por escrito a mi médico sobre este hecho. Yo también entiendo que si yo retiro mi consentimiento a la liberación de mi información médica personal yo podría no recibir la aprobación de una TUE o la renovación de una TUE existente, dado que ninguna TUE pueda ser otorgada o renovada sin la divulgación de la completa información médica.

Yo soy conciente de que una solicitud de TUE requiere el procesamiento (por ejemplo: transmisión, revelación uso y almacenamiento) de toda la información relacionada con esa solicitud a través de los correspondientes sistemas de administración anti-doping y manejo de datos incluido, sin limitación, el sistema ADAMS* para garantizar programas armónicos, coordinados y eficaces para detección, disuasión y prevención del doping. La firma de este formulario indica que he sido informado de ello y que doy mi consentimiento expreso para ese procesamiento de información.

Yo comprendo y acepto que mi solicitud para una TUE sólo será considerada después de la introducción al ADAMS o de algún otro modo, por mí o por mi Organización Anti-Doping (ADO), de este formulario de solicitud completado, así como de todos los documentos correspondientes relacionados con la solicitud.

Yo comprendo y acepto que mi información relacionada con la TUE será accesible a través de ADAMS y/o de algún otro sistema de administración de datos anti-doping pertinente, a la ADO autorizada, a WADA y a la Comisión de Exención por Uso Terapéutico. Yo comprendo y acepto que si se otorga una TUE, esa TUE y la información relacionada será clasificada electrónicamente en ADAMS (y/o algún otro sistema de manejo y administración del anti-doping relevante) por un período mínimo de 8 años, siendo el período de 8 años el tiempo dentro del cual se puede comenzar una acción después de una violación de las reglas anti-doping especificado en el Código WADA/Regulación 21 del IRB.

WADA, las ADOs y las Comisiones de Exención por Uso Terapéutico no divulgarán ningún dato relacionado con mi TUE a otras personas que no sean las que pertenecen a su organización y necesitan conocerla con fines de control de doping de acuerdo con el Código.

Yo comprendo que si yo creo que mi información personal no está siendo usada en conformidad con este consentimiento y el Standard Internacional para la Protección y Privacidad de la Información Personal yo puedo presentar una queja a WADA o al CAS.

LIBERACIÓN

Yo por este medio libero a WADA así como a las ADOs y Comisiones TUE de todo reclamo, demanda, responsabilidad, daño, gasto y expensas que puedan provenir en conexión con el procesamiento de los datos relacionados con mi TUE a través de ADAMS y/o algún otro sistema de manejo y administración del anti-doping pertinente.

RENUNCIA DE CONSENTIMIENTO

Yo comprendo que yo puedo en cualquier momento revocar mi consentimiento al procesamiento de la información relacionada con mi TUE a través de ADAMS y/o algún otro sistema de manejo y administración del anti-doping relevante. Yo también entiendo que como consecuencia de dicha renuncia de consentimiento, yo no recibiré aprobación para una TUE o para una renovación de una TUE existente.

Firma del Jugador: _____

fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Padre o Tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

(si el Jugador es un menor, deberá firmar el padre o tutor en conjunto o en nombre del Jugador)

(Día/Mes/Año)

* ADAMS es el Sistema de Manejo y Administración del Anti-Doping que ha sido desarrollado para permitir que los deportistas y organizaciones anti-doping accedan al mismo ingresen y compartan datos relacionados con el control de doping. ADAMS es un sistema on-line, por internet, que permite compartir información en forma restringida sólo con aquellas organizaciones con derecho de acceso a esos datos de acuerdo con el Código Mundial Anti-Doping.

SECCIÓN G – Notas para la Solicitud

Nota 1 **Diagnóstico:** Se deberán adjuntar y remitir con esta solicitud, evidencias que confirmen el diagnóstico. Las evidencias médicas deberán incluir una historia médica exhaustiva y los resultados de todos los exámenes, investigaciones de laboratorio y estudios por imágenes (cuando corresponda) pertinentes. Cuando sea posible se deberán incluir copias de los informes o cartas originales. Las evidencias deberán ser tan objetivas como sea posible en cuanto a las circunstancias clínicas, y en el caso de condiciones no demostrables, contribuirán a esta solicitud las opiniones médicas neutrales de apoyo.

Información para contactar a la TUEC del IRB

INTERNATIONAL RUGBY BOARD, Huguenot House, 35-38 St. Stephen's Green, Dublin 2, Ireland

Tel: +353 1 2409 212 Fax: +353 1 2409 289 Email: tue@irb.com

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS O ILEGIBLES SERÁN DEVUELTAS Y DEBERÁN SER ENVIADAS NUEVAMENTE

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL