



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

### Insuficiencia suprarrenal

Sustancias prohibidas: glucocorticoides y mineralocorticoides



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.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>El formulario de solicitud de una AUT debe incluir:</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Todas las secciones cumplimentadas a mano con letra de imprenta   |
| <input type="checkbox"/> | Toda la información presentada en [idioma]  |
| <input type="checkbox"/> | La firma del médico que realiza la solicitud  |
| <input type="checkbox"/> | La firma del deportista   |
| <input type="checkbox"/> | <b>El informe médico debe incluir detalles sobre:</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Anamnesis: síntomas, edad de inicio, cuadro clínico inicial (crisis aguda/síntomas crónicos), evolución de la enfermedad, inicio del tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> | Hallazgos en la exploración   |
| <input type="checkbox"/> | Interpretación de los síntomas, signos y resultados de las pruebas a cargo de un médico especializado (es decir, endocrinólogo)   |
| <input type="checkbox"/> | Diagnóstico: especificar si se trata de una insuficiencia suprarrenal primaria o secundaria   |
| <input type="checkbox"/> | Prescripción de glucocorticoides y mineralocorticoides, según corresponda (ambos están prohibidos en la competición), incluyendo dosis, frecuencia y vía de administración  |
| <input type="checkbox"/> | Respuesta al tratamiento/evolución de la enfermedad bajo tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Entre los resultados de las pruebas diagnósticas deben incluirse copias de:</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Las pruebas analíticas que procedan: electrolitos, glucemia en ayunas, cortisol sérico, ACTH en plasma, renina y aldosterona  |
| <input type="checkbox"/> | Las pruebas de imagen que procedan: TAC/RM craneal o abdominal  |
| <input type="checkbox"/> | Las pruebas de provocación u otras pruebas que procedan: prueba de cosintropina (estimulación con corticotropina), estimulación con CRH, prueba de intolerancia a la insulina, estimulación con metirapona, anticuerpos |
| <input type="checkbox"/> | <b>Información adicional incluida</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Si procede, declaración sobre el tratamiento previo con glucocorticoides, vías de administración, frecuencia, AUT concedidas por médico/deportista  |