



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

Infusiones intravenosas

Sustancias/métodos prohibidos: Volumen > 100 mL en 12 h



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"/>	El formulario de solicitud de una AUT debe incluir:
<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"/>	El informe médico debe incluir detalles sobre:
<input type="checkbox"/>	Anamnesis: síntomas en el momento de la manifestación, evolución de la enfermedad, 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, procedimiento quirúrgico o procedimiento diagnóstico no requieren AUT, a no ser que contengan alguna sustancia prohibida)
<input type="checkbox"/>	Hallazgos en la exploración: p. ej., signos físicos de enfermedad o patología médica relevante
<input type="checkbox"/>	Interpretación de los síntomas, los hallazgos clínicos y los resultados de las pruebas
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de la enfermedad o la patología médica más probable
<input type="checkbox"/>	Infusión: volumen y duración de la administración (solo un volumen >100 mL en 12 h requiere AUT) y sustancia (si se infunde alguna sustancia prohibida), incluyendo dosis y frecuencia
<input type="checkbox"/>	Respuesta al tratamiento/evolución de la enfermedad/patología
<input type="checkbox"/>	Si no existe la posibilidad de administrar un tratamiento alternativo, deberá explicarse por qué se eligió la administración i.v. del fluido o sustancia
<input type="checkbox"/>	Resultados de las pruebas diagnósticas incluidas (copias de los originales o reimpressiones)
<input type="checkbox"/>	Pruebas analíticas: si están disponibles, p. ej., hemoglobina/hematocrito, electrolitos, hemograma, ferritina sérica, etc.
<input type="checkbox"/>	Información adicional incluida
<input type="checkbox"/>	Según las especificaciones de la ADO