

## Pedido de Autorização para Uso Terapêutico (AUT) do UFC

Pedidos de AUT enviados à USADA devem ser preenchidos em inglês. Traduções de pedidos de AUT podem ser usadas apenas para referência. Notas médicas podem ser fornecidas em vários idiomas, mas podem precisar de traduções para serem processadas. O idioma de correspondência com os atletas do departamento de AUT será em inglês.

### 1. Informação do atleta

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| Sobrenome:   | Nome:                                      |                     |
| Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/>   | Data de nascimento (mês/dia/ano):          |                     |
| Endereço para correspondência:   |  |                     |
| Cidade:  | Estado/Província: _____ CEP/Código postal: |                     |
| País:  | Telefone diurno (+código do país):         |                     |
| E-mail:  |  |                     |
| (Ao digitar um endereço de e-mail, você concorda em receber uma comunicação referente a este pedido de AUT por e-mail.)  |  |                     |
| Língua materna:  | Classe de peso do UFC:                     |                     |
| <b>Para indicar alguém para falar com a USADA sobre este pedido de AUT, liste os detalhes abaixo (OS ATLETAS QUE NÃO FALAM INGLÊS DEVEM INDICAR UM CONTATO QUE FALE INGLÊS PARA RECEBER CORRESPONDÊNCIA DA USADA):</b> |  |                     |
| Nome:  | Relação:<br>(Cônjuge/Agente/Treinador)     |                     |
| E-mail:  |  |                     |
| <b>Liste qualquer(quals) luta(s) que você pretende competir (INCLUA AS DATAS ESPECÍFICAS E NOMES DAS LUTAS)</b>  |  |                     |
| Nome da luta   | Datas da luta                              | Localização da luta |
|  |  |                     |
|  |  |                     |

### 2. Declaração do atleta

Eu, \_\_\_\_\_, certifico que as informações são precisas e solicito a aprovação para usar uma substância ou método descrito na Lista de Proibições da Agência Mundial Antidoping (WADA). Eu autorizo a divulgação de informações médicas pessoais à USADA, incluindo seu Comitê de Autorização para Uso Terapêutico (CAUT). Entendo que, se algum dia eu desejar revogar o direito do CAUT da USADA de obter minhas informações de saúde em meu nome, devo notificar meu médico por escrito sobre esse fato. Ao preencher e enviar este formulário, eu concordo com o uso, para fins legítimos de antidoping, das informações fornecidas neste formulário e em todos os registros ou documentos enviados à USADA (incluindo todos os documentos de localização, atualizações, formulários de controle de doping, AUT e outros documentos), passados ou futuros, pela USADA e outras organizações antidoping. Eu compreendo que a USADA tentará coordenar os pedidos de AUT com as comissões atléticas aplicáveis. Entretanto, eu reconheço e compreendo que, como o UFC e a USADA não controlam as decisões da comissão atlética de reconhecer uma AUT do UFC ou conceder suas próprias AUTs, eu não devo usar nenhuma substância ou método proibido por uma Comissão Atlética a menos que eu tenha certeza de que existe uma AUT da respectiva Comissão Atlética. Além disso, compreendo que, se eu obtiver uma AUT de uma Comissão Atlética ou outra organização antidoping, ainda precisarei solicitar uma AUT ao UFC. Como condição para consideração pela USADA de pedidos de AUT, os atletas reconhecem e concordam que seus pedidos de AUT e outras informações enviadas ou consideradas em relação a esses pedidos, incluindo decisões do CAUT da USADA, podem ser compartilhados com qualquer Comissão Atlética aplicável. Eu compreendo que ao usar qualquer substância e/ou método proibido eu corro o risco de cometer uma violação de doping até meu pedido ser aprovado e eu receber a aprovação por escrito da USADA.

Assinatura do atleta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### 3. Consentimento para divulgar informações ao UFC

Ao assinar abaixo, eu autorizo a USADA a compartilhar os detalhes do meu pedido de AUT com o UFC. Eu entendo que isso é apenas opcional e não é um requisito o meu pedido de AUT ser processado.

Assinatura do atleta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### 4. Informação médica e diagnóstico (\*\* a ser preenchido de forma legível por um médico licenciado\*\*)

Diagnóstico médico:

Código ICD ou DSM:

### 5. Documentação de apoio - Informações importantes para médicos

A principal razão pela qual os pedidos de AUT são negados é a falta de documentação de apoio. **Mais importante ainda, o Comitê de Autorização para Uso Terapêutico (CAUT) deve ter documentação médica suficiente para chegar ao mesmo diagnóstico diferencial e plano de tratamento SEM TER OBSERVADO O ATLETA.** Se esta documentação não for fornecida, o AUT será devolvido ao atleta sem revisão pelo CAUT.

Forneça toda a documentação de apoio com o pedido, conforme descrito abaixo:

Faça o download e leia as informações médicas específicas, se relacionadas à condição médica do atleta – na ETAPA 2 (Step 2) no site <http://ufc.usada.org/substances/tue/apply>

Histórico médico abrangente, incluindo um diagnóstico diferencial detalhado;

Cópias de todos os exames e anotações clínicas relevantes (por exemplo, se você fizer referência a uma consulta clínica em um resumo, **deverá** incluir uma cópia das anotações clínicas feitas durante a consulta);

Cópias de resultados laboratoriais/relatórios e estudos de imagem (Se os resultados laboratoriais fizerem parte do seu diagnóstico, não é suficiente apenas informar isso em um parágrafo resumido. Você **deve** enviar uma cópia dos resultados do laboratório);

Uma declaração de por que a substância proibida é necessária e por que as alternativas permitidas não são eficazes. Observe que muitas AUTs são devolvidas ou negadas porque não há documentação de que qualquer outro tratamento tenha sido tentado. Se houver alternativas permitidas disponíveis, *you must document a failed attempt* dessas alternativas. Se você não sabe quais medicamentos alternativos são permitidos, você pode pesquisar em [ufc.globaldro.com](http://ufc.globaldro.com) ou entrar em contato com a USADA para obter mais informações; e

Opinião médica independente de apoio, quando disponível ou apropriada.

### 6. Detalhes do medicamento receitado: (O status proibido de qualquer medicamento e/ou método deve ser confirmado primeiro, pesquisando em [ufc.globaldro.com](http://ufc.globaldro.com) ou contatando a USADA.)

| Substância(s) ou método(s) proibido(s):<br><u>Genérico ou marca</u> | Dose | Via de administração | Periodicidade | Não exceder (se aplicável) |
|---|------|----------------------|---------------|----------------------------|
| 1.  |      |                      |               |                            |
| 2.  |      |                      |               |                            |
| 3.  |      |                      |               |                            |



Nome do atleta: \_\_\_\_\_

UFC Anti-Doping Program

|    |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|
| 4. |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|

|  |   |
|--|---|
| <b>Duração prescrita do tratamento pretendido:</b><br><i>(Marque todas as caixas aplicáveis)</i> | <input type="checkbox"/> <b>Emergência</b> – Se for uma emergência (risco de vida ou cuidados urgentes) escreva EMERGÊNCIA em letras maiúsculas no início do pedido, para agilizar o processamento. |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Uso único</b>   |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Curto prazo</b> – para tratar uma condição grave (dias)   |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Longo prazo</b> – para tratar uma condição crônica (semanas/meses/anos)   |

### 7. Declaração do médico (LETRAS MAIÚSCULAS)

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>Eu certifico que o tratamento acima mencionado é a melhor prática clínica e que o uso de medicamentos alternativos permitidos que não estão na Lista de Proibições da WADA é insatisfatório para essa condição.</b> |                        |
| <b>Nome completo (com qualificação):</b>   |                        |
| <b>Especialidade médica:</b>   |                        |
| <b>Endereço:</b>   |                        |
| <b>Estado, CEP, País:</b>  |                        |
| <b>Telefone:</b>   | <b>Fax (opcional):</b> |
| <b>E-mail:</b>   |                        |
| <b>Assinatura do médico:</b>   | <b>Data:</b>           |

O preenchimento deste pedido de AUT não garante que uma AUT seja concedida. Na ausência de um *Certificado de aprovação para uso terapêutico* assinado concedido pela USADA, os atletas do UFC não têm permissão para usar uma substância e/ou método proibido.

**Envie seu pedido de AUT do UFC para a USADA e guarde uma cópia para seus registros.**

**Por correio:**

United States Anti-Doping Agency (USADA)  
Attn: TUE Department  
5555 Tech Center Dr., Suite 200  
Colorado Springs, CO 80919-9918 EUA

**Por fax:** (719) 785-2029

**Por e-mail:** [tue@usada.org](mailto:tue@usada.org)

**\*\*Não envie fotos do smartphone deste pedido de AUT\*\***

**Se você não receber a confirmação de recebimento dentro de 3 dias úteis, entre em contato com o líder do programa AUT pelo e-mail [tue@usada.org](mailto:tue@usada.org), imediatamente.**

Para obter mais informações gerais: [ufc.usada.org](http://ufc.usada.org)  
Verifique seus medicamentos no UFC Global DRO: [ufc.globaldro.com](http://ufc.globaldro.com) ou entre em contato com a USADA pelo telefone 719.785.2000, ligação gratuita: 866.601.2632  
Ligação gratuita internacional: +8008-120-8120 ou [ufcathleteexpress@usada.org](mailto:ufcathleteexpress@usada.org)