



Lista de comprobación para la Solicitud de una Autorización de Uso Terapéutico (AUT):

Enfermedad inflamatoria intestinal
Sustancias prohibidas: glucocorticoides

Esta lista de comprobación es para guiar al deportista y a su médico sobre los requisitos para una solicitud de AUT que permitirá al Comité de AUT 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. Una solicitud completa y una lista de comprobación NO garantizan 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 Español |
| <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"/> | Historia clínica, antecedentes familiares, signos y síntomas relevantes, edad inicial de presentación, evolución posterior de la enfermedad |
| <input type="checkbox"/> | Hallazgos del examen físico e investigaciones específicas (serología, radiología, endoscopia, imágenes de alta tecnología, histología) |
| <input type="checkbox"/> | Interpretación de resultados a cargo de un médico especialista (gastroenterólogo) y aplicación del índice de diagnóstico apropiado (SCCAI, CDAI, HBI) |
| <input type="checkbox"/> | Uso de glucocorticoides sistémicos (dosis, frecuencia, vía de administración) |
| <input type="checkbox"/> | Respuesta al tratamiento (control y frecuencia de brotes/remisión) |
| <input type="checkbox"/> | Uso de inmunomoduladores y fármacos biológicos permitidos |
| <input type="checkbox"/> | Entre los resultados de las pruebas diagnósticas deben incluirse copias de: |
| <input type="checkbox"/> | Pruebas de laboratorio relevantes (por ejemplo, prueba serológica de heces/sangre oculta) |
| <input type="checkbox"/> | Hallazgos de imagen (radiografía, enema de bario, gastroscopia, enteroscopia, colonoscopia, TC, IRM) |
| <input type="checkbox"/> | Resultados de las pruebas histológicas de las biopsias |
| <input type="checkbox"/> | Información adicional incluida |
| <input type="checkbox"/> | Según las especificaciones de la ONAD-PY |