



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

Infertilidad femenina

Sustancias prohibidas: clomifeno, letrozol

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 incluyendo historia menstrual, embarazos y abortos espontáneos previos, enfermedades de transmisión sexual, afecciones o cirugías ginecológica
<input type="checkbox"/>	Síntomas de trastornos endocrinológicos tales como hirsutismo, acné, galactorrea, sofocos y sudor excesivo, o fatiga
<input type="checkbox"/>	Examen físico general incluido un examen ginecológico
<input type="checkbox"/>	Factores del estilo de vida y enfermedades crónicas que puedan afectar la fertilidad
<input type="checkbox"/>	Respuesta a tratamiento(s) previos (control de la ovulación, estimulación de la ovulación, FIV)
<input type="checkbox"/>	Una lista de terapias presentes y pasadas
<input type="checkbox"/>	Entre los resultados de las pruebas diagnósticas deben incluirse copias de:
<input type="checkbox"/>	Pruebas de laboratorio relevantes (evaluación de la reserva ovárica tal como la prueba de la hormona antimülleriana (AMH) y hormona foliculoestimulante (FSH) entre los días 3 a 5 del ciclo junto con un AFC por ecografía)
<input type="checkbox"/>	Hallazgos por imágenes (por ej. ecografía vaginal, HyCoSy, HSG, laparoscopia, histeroscopia)
<input type="checkbox"/>	Información adicional incluida (si se aplica por la afección médica)
<input type="checkbox"/>	Según las especificaciones de la ONAD-PY