

1. Dichiarante	Il sottoscritto Dott./Prof.	Specializzazione:
-----------------------	-----------------------------	-------------------

In qualità di medico curante/specialista che ha effettuato la prescrizione terapeutica con medicinali contenenti principi attivi inclusi nella Lista delle sostanze e metodi proibiti WADA in vigore, per cui è richiesto il rilascio di esenzione da parte del CONI NADO (National Anti Doping Organization) e consapevole delle responsabilità correlate, dichiaro quanto segue:

2. Atleta	In data:	Per l'atleta:
------------------	----------	---------------

Nato il:	È stata formulata/confermata ¹ la seguente diagnosi:
----------	---

3. Accertamenti	Per la diagnosi di tale patologia (effettuata o confermata dal sottoscritto):	<input type="checkbox"/> non sono stati necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio <input type="checkbox"/> sono stati necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio (copie allegate alla TUE)
------------------------	---	--

4. Terapia Per il trattamento di tale patologia ho prescritto una terapia con i seguenti principi attivi contenuti in specialità medicinali registrate ed indicate nel trattamento della patologia in oggetto (in caso di asma inserire anche i glucocorticosteroidi inalatori):

Principio/i attivo/i	Specialità medicinale	Codice ATC	Via di somministrazione	Dose	Posologia (nelle 24 ore)	Durata terapia (giorni/settimane/mesi)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

5. Principi attivi	I principi attivi prescritti non sono sostituibili con altri non proibiti:	<input type="checkbox"/> perché non sono disponibili specialità medicinali contenenti principi attivi non proibiti indicati nel trattamento della patologia sopra riportata [per il principio attivo n°.....] ² <input type="checkbox"/> per documentata pregressa inefficacia terapeutica di specialità medicinali contenenti principi attivi non proibiti, come risulta dalla relazione/cartella clinica allegata [per il principio attivo n°.....] ² <input type="checkbox"/> per la gravità/caratteristiche del quadro clinico [per il principio attivo n°.....] ²
---------------------------	--	---

6. Procrastinabilità/ Non procrastinabilità/ Emergenza	La terapia che ho prescritto :	<input type="checkbox"/> è procrastinabile e sarà iniziata dopo aver ricevuto la notifica di autorizzazione da parte del CEFT ³ <input type="checkbox"/> deve iniziare prima della notifica del CEFT in quanto non è procrastinabile per motivi medici <input type="checkbox"/> è stata già effettuata perché in condizioni di emergenza
---	--------------------------------	---

7. Inizio/Fine della terapia	A causa dell'emergenza/non procrastinabilità la terapia (con le specialità medicinali di cui alla tabella 4) è stata già iniziata/deve necessariamente iniziare prima della comunicazione dell'eventuale autorizzazione da parte del CEFT	Data inizio terapia:	Data fine terapia:
-------------------------------------	---	----------------------	--------------------

8. Sospensione attività agonistica	Per la patologia in oggetto e per quanto ad essa correlato si ritiene:	<input type="checkbox"/> non necessario sospendere l'attività sportiva agonistica (con eventuale adeguato monitoraggio clinico e/o strumentale e/o di laboratorio) <input type="checkbox"/> necessario un periodo di sospensione dell'attività sportiva agonistica di almeno n°.....(giorni/settimane/mesi) ed in ogni caso in funzione dell'evoluzione del quadro clinico, a partire dal giorno
---	--	---

9. Partecipazione a competizioni agonistiche	Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizione agonistiche dopo/durante la somministrazione dei medicinali di cui alla tabella 4:	<input type="checkbox"/> ha partecipato/parteciperà a competizione agonistiche (specificare la/e data/e) <input type="checkbox"/> non ha partecipato/parteciperà a competizioni agonistiche
---	--	--

Data di compilazione

Timbro e Firma (leggibile e per esteso)

1. Cancellare la dizione non appropriata.

2. Specificare per quale dei principi attivi prescritti (inserire il n° corrispondente della riga della tabella 4 "Terapia").

3. Per motivi medici, l'inizio della terapia può essere ulteriormente differito per non oltre 3 giorni dalla data di autorizzazione. In caso di inizio differito della terapia è necessario comunicare la data di inizio della terapia e la motivazione del differimento al CEFT (fax +39 06 36857047).

INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE

È un certificato di prescrizione terapeutica da inviare al CEFT contestualmente alla richiesta di Esenzione a Fini Terapeutici (TUE).

Compilare in STAMPATELLO in ogni su parte, ad eccezione del punto 7 se non necessario.

La terapia riportata deve necessariamente coincidere con lo schema farmacologico inserito nella modulistica TUE.

Il presente foglio di informazioni non deve essere allegato alla richiesta di TUE.

Spiegazioni	
3	Specificare se per la diagnosi della patologia in oggetto sono stati o meno necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio (in caso affermativo copie di tali accertamenti devono essere allegate alla richiesta di esenzione).
4	Indicare <u>solo</u> il nome dei <u>principi attivi proibiti prescritti</u> , la specialità medicinale in cui il principio attivo è contenuto, il relativo codice ATC, la dose (quantità di principio attivo presente nell'unità posologica), la posologia (frequenza nelle 24 ore), la via di somministrazione (anche abbreviazioni) e la durata del trattamento (precisando se riferiti a <u>giorni/settimane/mesi</u>). La specialità medicinale, contenente il principio/i attivo/i proibito/i, deve essere registrata ed indicata per la patologia da cui l'atleta risulta affetto (in caso di prescrizione di più di cinque principi attivi proibiti compilare una seconda scheda ed allegarla). Nel caso di atleta asmatico soggetto alla TUE che utilizza una <u>terapia inalatoria associativa di glucocorticosteroidi e β_2-agonisti</u> , il glucocorticosteroide deve essere inserito in questa sezione insieme ai β_2 -agonisti, e ciò vale come dichiarazione d'uso per il glucocorticosteroide di cui all'appendice D_Parte C_art. 5_Norme Sportive Anti Doping.
5	Specificare il motivo per cui il principio attivo prescritto non è sostituibile con altri non proibiti (possono essere fornite più risposte specificando tra le parentesi il principio/i attivo/i interessato/i dalla giustificazione fornita).
6	Precisare se la terapia prescritta è o non è procrastinabile. In caso di procrastinabilità del trattamento, l'inizio della terapia deve essere successivo alla comunicazione di autorizzazione da parte del CEFT. Per esigenze mediche, l'inizio della terapia può essere differito al massimo entro e non oltre tre giorni dalla data di autorizzazione da parte del CEFT. In caso di inizio differito della terapia è necessario comunicare la data di inizio della stessa e la motivazione del differimento via fax al CEFT (fax +39 06 36857047). In caso di emergenza/non procrastinabilità della terapia riportare al successivo punto 7 la data di inizio e di fine terapia.
7	Da compilare solo nelle situazioni cliniche in cui non sia stato/non è possibile attendere l'autorizzazione al trattamento da parte del CEFT per iniziare il trattamento (emergenze/non procrastinabilità). Tale durata di terapia deve necessariamente coincidere con quella riportata nella modulistica TUE.
8	Il medico che ha prescritto la terapia esprime il proprio parere sulla necessità o meno di sospendere l'attività sportiva agonistica, la decisione finale circa l'idoneità o la non idoneità all'attività sportiva agonistica per l'atleta e per la patologia in oggetto è di competenza in ogni caso del medico specialista in medicina dello sport responsabile.
9	Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizione agonistica durante o nelle ore/giorni successivi alla somministrazione del farmaco. In caso affermativo, specificare la/e data/e.
<p>N.B. 1. Nelle domande 3-6-8-9 barrare una sola casella.</p> <p>N.B. 2. La Scheda per il medico curante/specialista sarà considerata valida solo se datata, timbrata e firmata in modo leggibile e per esteso.</p>	

- Il certificato deve essere compilato esclusivamente dal medico che ha prescritto la terapia con specialità medicinali contenenti principi attivi proibiti, che è responsabile della diagnosi o della conferma di una precedente diagnosi e terapia.

- Il medico responsabile della prescrizione terapeutica deve necessariamente possedere la specializzazione più adeguata e coerente con la diagnosi e con la tipologia di trattamento prescritto. A discrezione del CEFT, per alcune patologie (in particolare se emergenze) può essere accettabile una prescrizione effettuata da un medico provvisto di specializzazione affine o non specialista.

- In caso di patologie acute e/o di recidive/riacutizzazione di patologie va riportata la data della diagnosi correlata all'evento clinico che ha determinato l'attuale esigenza terapeutica.

- In caso di patologie ad evoluzione cronica (ad esempio: diabete), la data della diagnosi è quella della prima volta in cui è stata diagnosticata la patologia che ha condotto alla prescrizione del trattamento in oggetto (in caso di patologie diagnosticate negli anni precedenti la presente richiesta può essere riportato solo l'anno in cui è stata effettuata la diagnosi).