

## Il Sottoscritto Dott./Prof.

Cognome e Nome	Specializzazione

In qualità di medico specialista curante che ha effettuato la prescrizione terapeutica con farmaci contenenti principi attivi inclusi nella Lista delle sostanze vietate e metodi proibiti WADA per cui è previsto il rilascio di esenzione da parte del CEFT del CONI, e consapevole delle responsabilità correlate, dichiara quanto segue:

In data.....per l'atleta.....è stata formulata la diagnosi di .....

**a) Per la diagnosi di tale patologia (effettuata o confermata dal sottoscritto):**

- ☐ Non sono stati necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio
- ☐ Sono stati effettuati accertamenti strumentali e/o di laboratorio (*allegati in copia n. .... allegati*)

**b) Per il trattamento di tale patologia ho prescritto terapia con i seguenti principi attivi, contenuti in prodotti farmaceutici registrati ed indicati nel trattamento della patologia in oggetto:**

1.					
2.					
3.					
Principio Attivo	Codice ATC	Farmaco	Dose (die/sett/mese)	Via somm.	Durata (gg/sett/mesi)

**c) I principi attivi (PA) prescritti non sono sostituibili con altri PA non proibiti:**

- ☐ perché non sono disponibili in Farmacopea farmaci contenenti PA non vietati indicati nel trattamento della patologia sopra riportata (per il PA.....)\*
- ☐ per documentata pregressa inefficacia terapeutica di farmaci contenenti PA non vietati, come risulta dalla relazione/cartella clinica allegata (per il PA.....)\*
- ☐ per la gravità/caratteristiche del quadro clinico (per il PA.....)\*

\* specificare per quale dei principi attivi prescritti (inserire in numero corrispondente 1, 2 o 3 volte)

**d) La terapia che ho prescritto:**

- ☐ E' procrastinabile e sarà iniziata dopo aver ricevuto la notifica di autorizzazione da parte del CEFT \*
- ☐ Non è procrastinabile per motivi medici
- ☐ E' stata già effettuata perché in condizioni di emergenza

\* Per motivi medici, l'inizio della terapia può essere differito, entro e non oltre tre 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 via fax al CEFT (fax 0636857047)

**e) A causa della non procrastinabilità/emergenza la terapia è stata già iniziata/deve necessariamente iniziare prima della comunicazione dell'eventuale autorizzazione da parte del CEFT:**

Data inizio della terapia		Data fine terapia	
---------------------------	--	-------------------	--

**f) Per la patologia in oggetto e per quanto ad essa correlato si ritiene:**

- ☐ Non necessario sospendere l'attività sportiva agonistica (con eventuale adeguato monitoraggio clinico e/o strumentale e/o di laboratorio)
- ☐ 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

Data.....

Timbro e Firma

**Certificato di prescrizione terapeutica specialistica da inviare al CEFT contestualmente alla richiesta di TUE**

- ☐ Il certificato deve essere compilato esclusivamente dal medico specialista che ha prescritto la terapia con farmaci contenenti principi attivi "proibiti" e che è responsabile della diagnosi, o della conferma di una precedente diagnosi, e della terapia prescritta.
- ☐ **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, ecc.), 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).*

a) Specificare se per la diagnosi della patologia in oggetto sono stati o meno necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio

b) Indicare il nome di ogni principio attivo prescritto, con il relativo codice ATC, la specialità medicinale in cui il principio attivo è contenuto, la dose, la via di somministrazione e la durata del trattamento prevista. Si precisa che il prodotto contenente il principio attivo deve essere registrato ed indicato per la patologia da cui l'atleta risulta affetto.

*(in caso di prescrizione di più di tre principi attivi proibiti compilare una seconda scheda)*

c) Specificare il motivo per cui il principio attivo prescritto non è sostituibile con altri principi attivi non vietati.

*(possono essere fornite più risposte specificando tra le parentesi il principio attivo interessato dalla giustificazione fornita)*

d) 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 n° 0636857047).

In caso di emergenza/non procrastinabilità della terapia riportare al successivo punto e) la data di inizio e di fine terapia .

e) da compilare solo per le 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).

f) Il medico specialista 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.

**NB: Nelle domande a risposta multipla (a, c, d, f) barrare la casella che interessa**

PER OGNI EVENTUALE ESIGENZA DI CHIARIMENTO RIVOLGERSI AL NUMERO 06 36857893