



Circolare nr. 12/2018
Prot. n. 000343/2018

Milano, 22.01.2018

Alle ASD/SSD Affiliate
e p.c.
Al Medico Sportivo
Alla Commissione Medica FIGB
Alle Strutture Territoriali
Al Consiglio Federale
Al Collegio dei Revisori dei Conti
Al Medico Sportivo
Alla Commissione Medica FIGB

OGGETTO: 1) Trasmissione Norme Sportive Antidoping 2018 - 1;
2) Trasmissione elenco sostanze proibite 2018;
3) Informativa certificazione medica di idoneità alla pratica agonistica;
4) Informativa presentazione TUE;

1) Trasmissione Norme Sportive Antidoping 2018 - 1.

E' disponibile la versione 2018 - 1 delle NSA (<http://www.federbridge.it/Antidoping/NSA%201-2018.pdf>), in vigore dal 15/2/2018.

2) Trasmissione elenco sostanze proibite 2018.

E' disponibile l'elenco sostanze proibite 2018 (<https://www.wada-ama.org/en/resources/science-medicine/prohibited-list>), in vigore da 1/1/2018.

3) Informativa certificazione medica di idoneità alla pratica agonistica.

Gli atleti tesserati Agonisti, Agonisti Senior, Agonisti Junior, Agonisti Cadetti sono tenuti per legge (D.M. Sanità 18.02.1982 e norme successive) a consegnare alla propria ASD/SSD il certificato di idoneità sportiva.

L'ASD/SSD deve richiedere per il tesserato la visita per l'ottenimento di tale certificato utilizzando un apposito modulo

(<http://www.federbridge.it/Antidoping/ModuloRichiestaVisitaIdoneit%C3%A0Agonistica.pdf>) , che si allega alla presente circolare (All.1).

Per sollevarsi dalle relative responsabilità penali, il Legale Rappresentante dell'ASD/SSD deve essere in possesso di regolare certificato di idoneità preventivamente all'atto di tesseramento agonistico dell'atleta.

FEDERAZIONE ITALIANA GIOCO BRIDGE

✉ Via Giorgio Washington, 33 – 20146 Milano
03543040152

☎ +39 02 7000333

☎ +39 02 7001398

✉ figb@federbridge.it

🌐 www.federbridge.it

CF./P.IVA





Il certificato deve essere rilasciato da un Medico specialista in medicina dello sport e, per quanto riguarda il bridge, è del tipo A1, prevede l'esecuzione di un esame clinico generale, di un elettrocardiogramma a riposo e di un esame completo delle urine ha validità biennale.

Il Legale Rappresentante può quindi costruirsi uno specifico "database" per il controllo costante delle certificazioni e delle loro scadenze.

Il costo del certificato, che è consigliabile richiedere tramite la propria ASL poiché molte regioni hanno stipulato convenzioni con l'Associazione dei Medici Sportivi, è variabile a seconda della regione ed è orientativamente di 35-40 euro.

In merito all'esercizio di attività sportiva non agonistica, a mente delle Note del Ministero della Salute del 16/6/2015 e del 28/10/2015 e della nota CONI del 10/6/2016, non hanno obbligo di certificazione medica i Tesserati che svolgono attività sportive che non comportano impegno fisico. Rientrano in questo ambito le persone fisiche tesserate in Italia, non Agoniste, che praticano le discipline del bridge.

Per questi soggetti, cioè per tutti i tesserati che non siano di Tipologia Agonista, il CONI raccomanda comunque un controllo medico prima dell'attività sportiva.

4) Informativa presentazione TUE e certificazioni accessorie.

La TUE (Therapeutic Use Exemption) è la richiesta di esenzione a fini terapeutici che deve essere presentata dall'atleta che utilizza sostanze inserite nell'elenco WADA delle sostanze proibite (v. punto 2).

Un Atleta che abbia necessità di utilizzare a scopo terapeutico una sostanza vietata o un metodo proibito deve ottenere la TUE prima dell'uso o del possesso della sostanza o del metodo suddetti.

Di norma sulla confezione del farmaco contenente sostanze proibite appare un evidente simbolo (un divieto di transito con all'interno la scritta DOPING), ma viste le peculiarità dello sport bridge (ad es.: il betabloccante per il bridge non è sostanza proibita) è comunque opportuno fare riferimento all'elenco WADA.

Tramite la TUE l'atleta preventivamente dichiara di assumere una sostanza proibita e chiede all'apposita Comitato CONI denominato CEFT (Comitato Esenzioni a Fini Terapeutici) la possibilità di continuare ad assumerla ottenendo preventiva esenzione a fini terapeutici, indispensabile per chiudere senza conseguenze la positività per quella sostanza che dovesse verificarsi in caso di successivo controllo.

Le norme per la presentazione di una TUE sono contenute nelle NSA (v. punto 1) alla voce "Disciplinare per l'esenzione ai fini terapeutici" (pagg. 142-151)

Nelle linee generali, la procedura di presentazione della TUE prevede la trasmissione al CEFT, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno anticipata via fax, almeno 30 giorni prima di eventuali gare a cui l'atleta volesse partecipare, della seguente documentazione:

È Modulo TUE F49 Therapeutic Use Exemption Application

(http://www.federbridge.it/Antidoping/NADO_CEFT%20%20F49_rev%206%20-%20TUE%20Application%20en.pdf), da compilare in lingua inglese (All. 2); ad esclusivo scopo

orientativo, può essere utilizzata la versione Fac-Simile in italiano (http://www.federbridge.it/Antidoping/F49_Rev.6TUEApplicationit.pdf) (All.3);

FEDERAZIONE ITALIANA GIOCO BRIDGE





È Scheda per il medico curante/specialista, Modulo F51

(http://www.federbridge.it/Antidoping/NADO%20F51_4_2%20-%20Scheda%20per%20il%20Medico%20Specialista%202016.pdf) (All. 4);

È Anamnesi, storia clinica medica e documentazione comprovante la diagnosi, comprensiva dei risultati degli accertamenti specifici della patologia in essere, della diagnostica per immagini e di certificazione del medico specialista nella patologia di cui trattasi, che attesti sia l'assenza di eventuali controindicazioni, anche temporanee, alla pratica dell'attività sportiva agonistica, sia la necessità dell'utilizzo della sostanza o del metodo proibiti nella cura dell'Atleta e che motivi le ragioni per cui non è possibile utilizzare un altro farmaco consentito;

È Certificato di idoneità all'attività agonistica.

La modulistica deve essere compilata con redazione dattilografica o in "CAPITAL LETTER" (STAMPATELLO). La modulistica illeggibile ritenuta incompleta non sarà esaminata e verrà restituita all'interessato.

La modulistica dovrà essere compilata in ogni sua parte, specificando:

- Federazione Sportiva Nazionale (FSN) di appartenenza e la disciplina sportiva (nell'ambito della FSN) praticata dall'Atleta;
- diagnosi;
- principi attivi contenuti in medicinali registrati (generic name), via di somministrazione (route), dosaggio (dose), posologia (frequency);
- durata di somministrazione della sostanza o dell'applicazione del metodo normalmente vietati per cui si richiede l'esenzione (cfr. voce sul modulo "duration of treatment"), specificando la data di inizio (sia se effettuata, sia se in prossimità di effettuazione) e la data di fine.

La decisione del CEFT sarà comunicata all'Atleta, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Su istanza dell'interessato, il CEFT potrà anticipare la decisione a mezzo fax ovvero a mezzo posta elettronica o certificata, presso l'indirizzo da lui indicato nel Modulo TUE F49. In tali ultimi casi, la comunicazione si dà per perfezionata entro due giorni dall'avviso di ricezione.

In caso di concessione dell'esenzione, ciascuna TUE avrà una precisa durata, così come deciso dal CEFT, al termine della quale la TUE cesserà automaticamente di avere efficacia.

Avverso le decisioni di rifiuto di un'esenzione a fini terapeutici, ovvero nel caso di mancata risposta nel termine previsto di trenta (30) giorni, l'Atleta ha diritto di ricorrere al Comitato Esenzione Fini Terapeutici (TUEC) della WADA.

Il ricorso deve essere presentato per iscritto entro ventuno (21) giorni dalla data del diniego, unitamente alla documentazione medica presentata al CEFT e alla prova del pagamento dei diritti amministrativi, così come determinati dalla WADA.

La richiesta di revisione alla WADA non ha effetto sospensivo sulla decisione di diniego assunta dal CEFT.

FEDERAZIONE ITALIANA GIOCO BRIDGE

✉ Via Giorgio Washington, 33 – 20146 Milano
03543040152

☎ +39 02 7000333

☎ +39 02 7001398

✉ figb@federbridge.it

🌐 www.federbridge.it

CF./P.IVA





La presentazione della TUE è per sua natura riservata ai tesserati Agonisti.

E' altresì vero che tutti gli atleti devono rispettare le norme antidoping, e questo non esclude la possibilità di controlli in ambito non agonistico, considerata tra l'altro la peculiarità dello sport bridge, in cui Agonisti e non giocano insieme o contro senza distinzioni e concorrendo per le stesse classifiche.

Di recente una delegazione federale ha ottenuto un incontro con i vertici NADO Italia, per rappresentare queste specifiche caratteristiche e problematiche del bridge in ambito anti-doping.

Da parte di NADO Italia si è riscontrata grande attenzione e volontà di presentare i problemi all'Organismo Internazionale WADA per trovare appena possibile una soluzione confacente al nostro tipo di realtà.

La FIGB ha quindi richiesto ed è in attesa di ottenere la possibilità di presentazione di una TUE postuma, differita rispetto al controllo, quanto meno per i tesserati di area non agonistica.

Nel frattempo, in attesa di una risposta che attendiamo rapida, non possiamo che tutelare i nostri giocatori che non hanno una tessera Agonistica consigliando anche a loro di presentare, ove di pertinenza, la TUE al CEFT.

Gli Atleti che volessero chiarimenti in merito alla presentazione della TUE o alle sostanze proibite possono contattare direttamente il Comitato Esenzione ai Fini Terapeutici (CEFT) del CONI:

Recapiti Segreteria

Tel. 06.3685 7893 - 7015

Fax: 06.32723742

Mail: ceft.antidoping@nadoitalia.it

Il CEFT potrà inoltre informare sulla necessità di inviare o meno, trattandosi di gara agonistica (non importa se nazionale o internazionale), il modulo F51 a cura del medico curante.

Il Referente Antidoping Francesco Natale f.natale@federbridge.it / 393.9612118 è a vostra disposizione chiarimento o necessità.

Il Medico federale è altresì a vostra disposizione, per tramite della Segreteria federale (rif. Francesco Natale).

Si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti.

Il Segretario Generale
Gianluca Frola

Il Presidente
Francesco Ferlazzo Natoli

4 Allegati

FEDERAZIONE ITALIANA GIOCO BRIDGE

✉ Via Giorgio Washington, 33 - 20146 Milano
03543040152

☎ +39 02 7000333

📠 +39 02 70001398

✉ figb@federbridge.it

🌐 www.federbridge.it

CF./P.IVA



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983;)

LA SOCIETA' SPORTIVA

Sede Sociale: Via..... N°.....

Città C.A.P. Prov.

Telefono..... Fax.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale.....

CHIEDE

**Visita Medico Sportiva per
RILASCIO CERTIFICATO MEDICO PER IDONEITA' SPORTIVA
AGONISTICA**

PER LO SPORT

ATLETA:

COGNOME..... NOME.....

Nato a il

Codice Fiscale

Residente in C.A.P. Prov.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Athlete Name:

Therapeutic Use Exemption (TUE) Application

Please complete all sections in capital letters or typing.

Illegible or incomplete forms will be returned immediately.

Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4.

1. Athlete Information

Surname:		Given Names:	
Female <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/>	Date of Birth (dd/mm/yyyy):	
Address: :			
City.....	Country:	Postcode:.....	
Tel.:		E-mail:	
<i>(with international code)</i>			
Sport:		Discipline/ Position:	
International or National Sporting Organization:			
If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment:			
.....			

2. Medical Information

Diagnosis:
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

Athlete Name:

Note	<p>Supporting Documentation – Important Information for Physicians</p> <p>The number-one reason why TUE applications are denied is a lack of supporting documentation. Keep in mind, the Therapeutic Use Exemption Committee (TUEC-CEFT) must have enough medical documentation to come to same diagnosis and treatment plan WITHOUT EVER SEEING THE PATIENT. If this documentation is not provided, the TUE will be returned to the athlete without review by the CEFT. Please check the supporting documentation that you are including with the application.</p> <p>NADO Italia & WADA maintain a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed on the WADA website by entering the search term “Medical Information” on the WADA website: wada-ama.org. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.</p> <p><input type="checkbox"/> Comprehensive medical history.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Copies</u> of all relevant examinations and clinical notes (for example, if you reference a clinic visit in a letter or summary, you must include a copy of the clinical notes taken during the visit).</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Copies</u> of laboratory results/reports, and imaging studies (a paragraph summarizing lab results is not sufficient. If laboratory results form part of your diagnosis, it is not enough to just say so. You must submit a copy of the lab results).</p> <p><input type="checkbox"/> A statement of why the Prohibited Substance is needed, and why permitted alternatives are not effective. Note, many TUES are returned or denied because there is no documentation that any other treatment has been tried. If there are permitted alternatives available, <i>you must document a failed trial</i> of those alternative.</p> <p>If you don't know which alternative medications are permitted, you can ask information, sending an e-mail to: ceft.antidoping@nadoitalia.it</p> <p><input type="checkbox"/> Independent supporting medical opinion, when available or appropriate.</p>
-------------	---

2. Medication Details

Prohibited substance(s): <u>Generic name</u>	Dose	Route of administration	Frequency
1.			
2.			
3.			

<p>Intended duration of treatment: (Please tick appropriate box)</p>	<p><input type="checkbox"/> One-Time Only</p> <p><input type="checkbox"/> Emergency (If this is an emergency - life threatening or urgent care - please write EMERGENCY in block letter on the top of the application to expedite processing)</p> <p><input type="checkbox"/> Long term (note duration: week /months)</p>
--	---

Athlete Name:

4. Medical practitioner’s declaration

<p>I certify that the information at section 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate</p>	
<p>Name:</p>	
<p>Medical Speciality:</p>	
<p>Address:</p>	
<p>Tel:</p>	
<p>Fax:</p>	
<p>Email:</p>	
<p>Signature of Medical Practitioner:</p>	
<p>Date:</p>	

5. Retroactive applications

<p>Is this a retroactive application?</p> <p>Yes: <input type="checkbox"/></p> <p>No: <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, on what date was treatment started?</p> <p>.....</p>	<p>Please indicate reason:</p> <p>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary <input type="checkbox"/></p> <p>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection <input type="checkbox"/></p> <p>Advance application not required under applicable rules <input type="checkbox"/></p> <p>Other <input type="checkbox"/></p> <p>Please explain:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

Athlete Name:

6. Previous applications

Have you submitted any previous TUE application(s)?:	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
For which substance?	
To whom?.....	When?.....
Decision: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Not Approved	

7. Athlete’s declaration

I,, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code (“Code”) and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those my country of residence.

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

Athlete’s signature: **Date:**

Parent’s/Guardian’s signature: **Date:**

(if the Athlete is a Minor or has a disability preventing him/her to signing this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the Athlete)

****No TUE will be in effect until the athlete is notified following review of the documentation. ****

Please submit (keeping a copy for your records) the complete application to:
NADO Italia, CEFT – Viale dei Gladiatori, 2 – 00135 Roma

E-mail: ceft.antidoping@nadoitalia.it
Fax: +39 06 32723742

Athlete Name:

NON deve essere compilato il presente modulo

Questo documento ha la sola funzione di facilitare la comprensione delle domande formulate nel modulo in inglese

1. Informazioni dell'atleta

Cognome:	Nome:	
Donna <input type="checkbox"/>	Maschio <input type="checkbox"/>	Data di nascita (dd/mm/yyyy):
Domicilio:		
Città.....	Nazione:	CAP:.....
Tel.:	E-mail:	
<i>(completo di prefisso)</i>		
Sport:	Disciplina/ Ruolo:	
Federazione Naz. o Internaz. di appartenenza:		
Se siete un atleta paraolimpico e special olympic il tipo e classificazione della limitazione:		
.....		

2. Informazioni Mediche

Diagnosi:
Se la patologia può essere trattata con farmaci ammessi, fornire le motivazioni per le quali si richiede l'uso di un farmaco contenente un principio attivo non ammesso (lista WADA)

Athlete Name:

Note	<p>Documentazione di supporto – Informazioni per la valutazione</p> <p>La motivazione principale per la quale le domande di TUE vengono rifiutate è l'esiguità delle informazioni o della documentazione di supporto. Ricordiamo che il Comitato per le Esenzioni a Fini Terapeutici (CEFT) deve poter disporre di informazioni cliniche sufficienti per confermare la patologia e il trattamento prescritto senza poter osservare direttamente le condizioni cliniche del paziente. Se questa documentazione non è resa disponibile, la richiesta sarà respinta prima di essere visionata dal Comitato per le Esenzioni a fini Terapeutici. Pregasi verificare attentamente la documentazione di supporto che è allegata alla domanda.</p> <p>Sul sito della WADA, www.wada-ama.org accedendo a Therapeutic Use Exemption, "Medical Information", è possibile individuare le linee-guida con diagnosi e cura delle condizioni cliniche più comuni che interessano gli atleti e che possono richiedere il trattamento con sostanze proibite.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Descrizione dettagliata della patologia. o Copie delle indagini e delle refertazioni rilevanti nonché delle note cliniche (per esempio se si fa riferimento nella domanda ad una visita medica, dovrà essere allegata alla domanda copia delle note del medico che la ha effettuata). o Copie dei referti di laboratorio e delle immagini anche se in formato elettronico. (Una frase riassuntiva o di rimando ai risultati di laboratorio non è sufficiente. Se i risultati di laboratorio fanno parte o sono correlati alla diagnosi, non è accettabile il solo riferimento, ma deve essere allegata copia del documento originale. o Una dichiarazione motivata per sostenere la peculiarità terapeutica per la somministrazione della sostanza vietata rispetto alle altre alternative disponibili tra i farmaci sostanze ammesse. <p>Nota: Molte esenzioni a fini terapeutici non sono prese in carico o sono NON concesse per l'assenza della documentazione che confermi l'inefficacia di trattamenti precedenti. Se sono disponibili trattamenti alternativi, con sostanze ammesse, deve essere documentata l'inefficacia di detti trattamenti. Chiarimenti in merito a sostanze vietate / principi attivi, sono possibili inviando una mail al seguente indirizzo ceft.antidoping@nadoitalia.it</p> <ul style="list-style-type: none"> o Parere medico di un soggetto terzo, quando disponibile o appropriato.
-------------	---

2. Farmaci

Sostanze proibite prescritte: <u>Nome Farmaco</u>	Dosaggio	Via di somministrazione	Frequenza
1.			
2.			
3.			

<p>Durata del trattamento proposto: (Segnare la casella appropriata)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Somministrazione in un'unica soluzione <input type="checkbox"/> Emergenza (Se è un trattamento di emergenza riportare sul frontespizio della domanda " EMERGENZA " in modo da accelerare al massimo l'iter della pratica) <input type="checkbox"/> Somministrazione prolungata (nota: Settimane/Mesi)
---	---

Athlete Name:

4. Dichiarazione del Medico curante

<p>Il sottoscritto certifica che le informazioni di cui alle sezioni 2 e 3 sono accurate, e che i trattamenti sopramenzionati sono adeguati dal punto di vista medico:</p>	
<p>Nome:</p>	
<p>Specializzazione Medica:</p>	
<p>Indirizzo:</p>	
<p>Telefono:</p>	
<p>Fax:</p>	
<p>Email:</p>	
<p>Firma del Medico:</p>	
<p>Data:</p>	

5. Retroattività

<p>Questa è una Richiesta Retroattiva ?</p> <p>Si: <input type="checkbox"/></p> <p>No: <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, in che data il trattamento è iniziato ?</p> <p>.....</p>	<p>Indicare le Motivazioni:</p> <p><input type="checkbox"/> E' stato necessario eseguire un trattamento d'emergenza o il trattamento di una condizione acuta dell'atleta.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa di altre circostanze eccezionali, non sussistevano le condizioni temporali o di applicabilità per avviare l'iter di richiesta dell'esenzione ai fini terapeutici.</p> <p><input type="checkbox"/> Non era prevista dai regolamenti la richiesta anticipata dell'esenzione ai fini terapeutici.</p> <p><input type="checkbox"/> Altro, specificare:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

Athlete Name:

Firma del Genitore / Affidatario :

Date:

(Se l'atleta è un minore o un portatore di handicap che impedisce la firma di questo domanda, la stessa potrà essere firmata dal genitore o dall'affidatario congiuntamente o in alternativa a quella dell'atleta)

****Non sarà effettiva la TUE fino a quando all'atleta non sarà notificata l'avvenuta revisione della documentazione****

Si prega di inviare (conservando una copia), la domanda completa a:

NADO Italia, CEFT

Viale dei Gladiatori, 2 – 00135 Roma

E-mail: ceft.antidoping@nadoitalia.it

Fax: +39 06 32723742

1. Dichiarante	<i>Il sottoscritto Dott./Prof.</i>	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 di CONI NADO (National Anti Doping Organization) e consapevole delle responsabilità correlate, dichiaro quanto segue:

2. Atleta	<i>In data:</i>	<i>Per l'atleta:</i>
------------------	-----------------	----------------------

<i>Nato il:</i>	<i>È stata formulata/confermata¹ la seguente diagnosi:</i>
-----------------	---

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

4. Terapia I seguenti principi attivi sono contenuti in medicinali registrati ed indicati nel trattamento della patologia di cui sopra.

Principio/i Attivo/i	Specialità medicinale	Codice ATC	Via di somministrazione	Dose	Posologia (nelle 24 ore)	Durata terapia (inizio/fine per ogni principio attivo)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

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

6. Procrastinabilità/ Non procrastinabilità / Emergenza	La terapia che ho prescritto / confermato :	<input type="checkbox"/> <i>è procrastinabile e sarà iniziata dopo aver ricevuto la notifica di autorizzazione da parte del CEFT³</i> <input type="checkbox"/> <i>deve iniziare prima della notifica del CEFT in quanto non è procrastinabile per motivi medici</i> <input type="checkbox"/> <i>è stata già effettuata perché in condizioni di emergenza</i>
--	--	---

7. Inizio / Fine della Terapia	A causa dell'emergenza/non procrastinabilità la terapia (con i principi attivi 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 dell'attività agonistica	Per la patologia in oggetto e per quanto ad essa correlato si ritiene:	<input type="checkbox"/> <i>non necessario sospendere l'attività sportiva agonistica (con eventuale adeguato monitoraggio clinico e/o strumentale e/o di laboratorio).</i> <input type="checkbox"/> <i>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</i>
--	---	---

9. Partecipazione a competizioni agonistiche	Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizioni agonistiche dopo/durante la somministrazione dei principi attivi di cui alla tabella 4:	<input type="checkbox"/> <i>ha partecipato, indicare la/e data/e</i> <input type="checkbox"/> <i>non ha partecipato</i> <input type="checkbox"/> <i>parteciperà, indicare la/e data/e</i> <input type="checkbox"/> <i>non parteciperà</i> N.B.: <i>è possibile contrassegnare più di una opzione (specificare data/e)</i>
---	--	--

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, ma non oltre 3 (tre) giorni dalla data di autorizzazione. In caso di inizio differito della terapia è necessario comunicare al CEFT tale data e la motivazione del differimento (fax +39 0632723742).

INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE

Il modulo F 51 è un certificato di prescrizione terapeutica, da inviare al CEFT contestualmente alla richiesta di Esenzione a Fini Terapeutici (TUE).

Compilare in STAMPATELLO in ogni sua parte.

La terapia riportata deve necessariamente coincidere con lo schema farmacologico indicato sul modulo TUE.

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

CHIARIMENTI PER LA COMPILAZIONE	
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. 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).
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 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). Tale durata di terapia deve necessariamente coincidere con quella riportata sul modulo 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 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 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 riportata solo l'anno in cui è stata effettuata la diagnosi).