

## Hipogonadismo masculino

*Sustancias prohibidas: testosterona, gonadotropina coriónica humana*

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"/> | <b>El formulario de solicitud de AUT debe incluir:</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Todas las secciones completadas con letra legible   |
| <input type="checkbox"/> | Toda la información enviada en [idioma(s) de preferencia de la OAD]   |
| <input type="checkbox"/> | Una firma del médico que la solicita  |
| <input type="checkbox"/> | La firma del deportista   |
| <input type="checkbox"/> | <b>El informe médico debe incluir detalles de:</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Historia clínica: progresión puberal; libido y frecuencia de la actividad sexual (incluida la duración y gravedad de cualquier problema); erecciones y/o eyaculaciones; sofocos/sudores; trastornos testiculares; lesiones importantes en la cabeza (si las hay); orquitis; antecedentes familiares de pubertad tardía (si corresponde); síntomas inespecíficos (ya sean positivos o negativos) |
| <input type="checkbox"/> | Examen físico: ginecomastia; patrón de vello (axilar y púbico), disminución de la necesidad de afeitado; volumen testicular por orquidómetro o ultrasonido; altura, peso, IMC; desarrollo muscular y tono (debe evaluarse e incluirse)  |
| <input type="checkbox"/> | Interpretación de la historia, presentación y resultados de laboratorio por parte del médico tratante, preferiblemente un especialista en endocrinología con subespecialización en andrología.  |
| <input type="checkbox"/> | Diagnóstico: hipogonadismo primario o secundario; orgánico o funcional (tenga en cuenta que las AUT solo se otorgarán por causas orgánicas)   |
| <input type="checkbox"/> | Sustancia prescrita (tanto la testosterona como la gonadotropina coriónica humana están prohibidas en todo momento), incluida la dosis, frecuencia y vía de administración  |
| <input type="checkbox"/> | Plan de tratamiento y seguimiento   |
| <input type="checkbox"/> | Evidencia de seguimiento/monitoreo del deportista por un médico calificado para renovaciones  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Los resultados de las pruebas diagnósticas deben incluir copias de:</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Pruebas de laboratorio (antes de las 10 am y en ayunas al menos dos veces en un período de 4 semanas con al menos 1 semana de diferencia): Testosterona sérica total, LH sérica, FSH sérica, SHBG sérica  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Información adicional a incluir si se indica</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Análisis de semen, incluido recuento de espermatozoides si la fertilidad es un problema   |
| <input type="checkbox"/> | Inhibina B (cuando se considera hipogonadismo hipogonadotrópico aislado congénito o pubertad tardía constitucional)   |
| <input type="checkbox"/> | Resonancia magnética de la hipófisis con y sin contraste; pruebas de función hipofisaria según se indique, por ejemplo, cortisol matutino, prueba de estimulación de ACTH, TSH, T4 libre, prolactina  |
| <input type="checkbox"/> | Otros diagnósticos para identificar una etiología orgánica del hipogonadismo secundario (por ejemplo, prolactina, estudios de hierro y pruebas genéticas para hemocromatosis hereditaria)   |
| <input type="checkbox"/> | Imagen DEXA, si corresponde   |