



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 AUT debe incluir:	
	<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"/>	El informe médico debe incluir detalles de:	
	<input type="checkbox"/>	Historia clínica incluyendo historia menstrual, embarazos y abortos espontáneos previos, enfermedades de transmisión sexual, afecciones o cirugías ginecológicas
	<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"/>	Los resultados de las pruebas de diagnóstico deben incluir 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 (<i>si se aplica por la afección médica</i>)	
	<input type="checkbox"/>	[Según especificaciones de la OAD]