



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ESGRIMA
FUNDADA EM 5 DE JUNHO DE 1927

Presidência

Rio de Janeiro, 1 de julho de 2013.

OF / CBE / PRES / N°. 2013.401.

Da Presidência da Confederação Brasileira de Esgrima - CBE

Aos Senhores(as) Responsáveis pelas Entidades de Prática Desportiva Filiadas, Vinculadas e Reconhecidas pela CBE.

ASSUNTO: Medicamentos utilizados pelos esgrimistas - CIRCULAR.

Prezados(as) Senhores(as),

A cumprimentá-los cordialmente, aproveitamos a oportunidade para solicitar a todos os responsáveis pelas EPDs que elaborem e mantenham atualizada uma lista de medicamentos utilizados por todos os seus esgrimistas filiados, pelo menos nos últimos 06 (seis) meses.

Esta solicitação tem por finalidade a imperiosa adequação e o necessário enquadramento de nossas Entidades às atuais legislações que tratam do assunto, objetivando atuarmos preventivamente nesta importante questão.

Com o intuito de ser um agente facilitador, caso julgada oportuna e pertinente, tomamos a liberdade de enviar, anexo, um modelo a ser utilizado para este fim.

Solicitamos dar a celeridade necessária a este assunto.

Anteciosamente,

GERLI DOS SANTOS

Presidente da CBE



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ESGRIMA
FUNDADA EM 5 DE JUNHO DE 1927

Presidência

Formulário de controle de uso de medicamentos

SOBRENOME: _____ Primeiro Nome: _____

Gênero: Masculino Feminino

Data de Nascimento (dia/mês/ano): _____ / _____ / _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel.: (_____) _____ e-mail: _____

Possui alguma incapacidade ou doença crônica? Se sim descrever:

Lista de medicamentos utilizados e diagnóstico com a informação médica pertinente:

Caso na lista de medicamentos haja algum medicamento/substância listada na *Lista de Substâncias e Métodos Proibidos* da WADA em vigor, apresentar uma justificativa para a utilização clínica requerida da medicação proibida ao invés de medicamento permitido para o tratamento..

Substância Proibida: _____

Nome genérico: _____

Dose: _____

Indicação: _____

Frequência: _____

Já fez algum Formulário para Isenção de Uso Terapêutico (Therapeutic Use Exemptions - TUE)

Sim Não

Se sim para qual substância?

Por quem? _____ Quando? _____

O formulário foi aprovado? Sim Não