



TRASPLANTE RENAL

Sustancias prohibidas: glucocorticoides sistémicos, EPO, diuréticos, beta-bloqueantes, factor inducible por hipoxia (HIF), inhibidores de prolil-hidroxilasa

Esta lista de comprobación tiene el objetivo de guiar al deportista y su médico sobre los requisitos de solicitud de una AUT y permitirá al Comité correspondiente evaluar si se cumplen los criterios relevantes del Estandar Internacional de AUT.

Tenga en cuenta que no basta con completar el formulario de AUT; es **OBLIGATORIO** aportar los documentos de apoyo. Completar el formulario y la lista de comprobación NO garantiza 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.

El formulario de solicitud de una AUT debe incluir:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Todas las secciones cumplimentadas a mano con letra de clara y legible |
| <input type="checkbox"/> | Toda la información presentada en castellano |
| <input type="checkbox"/> | La firma del médico que realiza la solicitud |
| <input type="checkbox"/> | La firma del deportista |

El informe médico debe incluir detalles sobre:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Anamnesis: edad de inicio de los síntomas, síntomas, procedimiento diagnóstico del médico responsable del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> | Historial de deterioro de la función renal y evidencias asociadas de cumplimiento de los criterios para el trasplante renal, firmado por un nefrólogo. También podrá obtenerse del médico de atención primaria si está respaldado por un nefrólogo |
| <input type="checkbox"/> | Informe quirúrgico del trasplante, firmado por el cirujano |
| <input type="checkbox"/> | En caso de alteración/disfunción del injerto, evidencias correspondientes, con la firma de un nefrólogo |
| <input type="checkbox"/> | En caso de complicaciones cardiovasculares, evidencias de hipertensión arterial o cardiopatía isquémica con justificación para el tratamiento con beta-bloqueantes del cardiólogo/médico responsable del |
| <input type="checkbox"/> | Sustancias recetadas (los glucocorticoides sistémicos, EPO, diuréticos, beta-bloqueantes, factor inducible por hipoxia (HIF) e inhibidores de prolil-hidroxilasa están prohibidos), incluyendo dosis, frecuencia y vía de administración de cada sustancia |

Entre los resultados de las pruebas diagnósticas deben incluirse copias de:



<input type="checkbox"/>	Pruebas analíticas que documenten el deterioro de la función renal antes del trasplante; resultados en sangre que muestren anemia en caso de tratamiento con EPO
<input type="checkbox"/>	Lecturas de presión arterial, ECG, TAC coronaria, ecocardiografía, angiografía coronaria, etc., según corresponda, en caso de tratamiento diurético o beta-bloqueante
Información adicional incluida	
<input type="checkbox"/>	Según especificación de la ADO