



TRASTORNOS INTRÍNSECOS DEL SUEÑO

Sustancias prohibidas: estimulantes

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 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: incluir comentarios sobre el historial de <ol style="list-style-type: none"> Somnolencia diurna excesiva, e indicar la duración Cataplejía Trastorno de conducta del sueño/apnea del sueño (presenciado por la pareja) Cualquier patología médica o psiquiátrica que pudiese contribuir a la hipersomnia
<input type="checkbox"/>	Hallazgos en la exploración: <ol style="list-style-type: none"> Evaluación de los signos/síntomas neurológicos y psiquiátricos a fin de excluir otras causas. Análisis de drogas negativo
<input type="checkbox"/>	Interpretación de los síntomas, signos y resultados de las pruebas a cargo de un médico especialista
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico (se debe diferenciar entre narcolepsia, hipersomnia idiopática, apnea del sueño y síndrome de hipopnea) a cargo de un médico especialista en trastornos del sueño
<input type="checkbox"/>	Estimulante recetado (prohibidos en competición), incluyendo dosis, frecuencia y vía de administración
<input type="checkbox"/>	Uso de otros tratamientos (y respuesta a los mismos), incluyendo cambios conductuales, siestas, CPAP, antidepresivos (no es esencial haberlos probado antes de utilizar estimulantes)



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

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Polisomnografía nocturna |
| <input type="checkbox"/> | Test de latencia múltiple del sueño |
| <input type="checkbox"/> | Imagen cerebral: no es obligatoria |

Información adicional incluida

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Según especificación de la ADO |
|--------------------------|--------------------------------|