

**Síndrome de ovario poliquístico (PCOS)***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 familiar y personal de diagnóstico de PCOS
<input type="checkbox"/>	Historia menstrual
<input type="checkbox"/>	Síntomas clínicos relevantes (por ejemplo, hirsutismo, alopecia androgénica, acné, infertilidad, intolerancia a la glucosa, depresión o ansiedad)
<input type="checkbox"/>	Examen físico general incluyendo evaluación de la distribución del crecimiento y cantidad de vello, acné, presión arterial, peso, altura, IMC y examen pélvico si corresponde)
<input type="checkbox"/>	Tratamiento(s) previo(s) y respuesta obtenida
<input type="checkbox"/>	Una lista de las terapias presentes y pasadas
<input type="checkbox"/>	Los resultados de las pruebas de diagnóstico deben incluir copias de:
<input type="checkbox"/>	Pruebas de laboratorio para PCOS para demostrar hiperandrogenismo bioquímico
<input type="checkbox"/>	Hallazgos en imágenes (por ejemplo, ecografía endovaginal) si corresponde
<input type="checkbox"/>	Información adicional incluida (<i>si se aplica por la afección médica</i>)
<input type="checkbox"/>	Según lo especificado por la OAD