



## Lista de comprobación para la solicitud de una autorización de uso terapéutico

### Hipogonadismo masculino

Sustancias prohibidas: testosterona, gonadotropina coriónica humana



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 EIAUT.

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.

<input type="checkbox"/>	<b>El formulario de solicitud de una AUT debe incluir:</b>
<input type="checkbox"/>	Todas las secciones cumplimentadas a mano con letra de imprenta
<input type="checkbox"/>	Toda la información presentada en [idioma]
<input type="checkbox"/>	La firma del médico que realiza la solicitud
<input type="checkbox"/>	La firma del deportista
<input type="checkbox"/>	<b>El informe médico debe incluir detalles sobre:</b>
<input type="checkbox"/>	Anamnesis: progresión puberal, libido y frecuencia de la actividad sexual (incluyendo duración e intensidad de cualquier problema), erecciones y/o eyaculaciones, sofocos/sudoración, trastornos testiculares, lesiones importantes en la cabeza (si procede), orquitis, antecedentes familiares de pubertad retrasada (si procede), síntomas inespecíficos (ya sean positivos o negativos)
<input type="checkbox"/>	Exploración física: ginecomastia, patrón de crecimiento del vello corporal (axilar y púbico), disminución de la necesidad de afeitado, volumen testicular mediante orquidómetro o ecografía, estatura, peso, IMC, desarrollo y tono muscular (debe evaluarse e incluirse)
<input type="checkbox"/>	Interpretación del historial, el cuadro clínico inicial y los resultados analíticos a cargo del médico responsable del tratamiento, preferiblemente un especialista en endocrinología subespecializado en andrología
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico: hipogonadismo primario o secundario, orgánico o funcional (tener en cuenta que las AUT solo se concederán por causas orgánicas)
<input type="checkbox"/>	Sustancia recetada (la testosterona y la gonadotropina coriónica humana están prohibidas siempre), incluyendo dosis frecuencia y vía de administración
<input type="checkbox"/>	Tratamiento y plan de seguimiento
<input type="checkbox"/>	Evidencia de seguimiento/monitorización del deportista por un médico cualificado para las renovaciones
<input type="checkbox"/>	<b>Entre los resultados de las pruebas diagnósticas deben incluirse copias de:</b>
<input type="checkbox"/>	Pruebas analíticas (antes de las 10 a.m. y en ayunas, al menos dos veces en un periodo de 4 semanas, al menos con 1 semana de separación): testosterona total sérica, LH sérica, FSH sérica, SHBG sérica
<input type="checkbox"/>	<b>Información adicional incluida, si está indicado</b>
<input type="checkbox"/>	Análisis de semen, incluyendo recuento espermático si hay problemas de fertilidad
<input type="checkbox"/>	Inhibina B (si se considera hipogonadismo hipogonadotrópico aislado congénito o retraso puberal constitucional)
<input type="checkbox"/>	RM de la hipófisis, con o sin contraste; pruebas de función hipofisaria, según esté indicado (p. ej., cortisol por la mañana, prueba de estimulación con ACTH, TSH, T4 libre, prolactina)
<input type="checkbox"/>	Otros diagnósticos para identificar una etiología orgánica para el hipogonadismo secundario (p. ej., prolactina, estudios del hierro y pruebas genéticas para la hemocromatosis hereditaria)
<input type="checkbox"/>	Imagen dexa, si procede