

FORMULAIRE DE DEMANDE 2010 Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

VEUILLEZ COMPLETER TOUTES LES SECTIONS EN MAJUSCULES OU EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE
ET L'ADDRESSER A L'ANAD PAR VOIE POSTALE OU PAR FAX

1. Renseignements du sportif :

Nom :	.....	Prénoms :	.....	
Sexe :	F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Date et lieu de naissance :	.....	
Adresse :	.....			
Ville :	.....	Pays :	.....	Code postal :	.....
Tél. :	.....		E-mail :	.....
Sport :	.....	Discipline/Position/Spécialité :	.....	
Club :	.....	N° de licence sportive :	.....	
Organisation Sportive Internationale / Nationale :	.....			
Veillez cocher la case appropriée :					
<input type="checkbox"/> Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles de la fédération internationale					
<input type="checkbox"/> Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles de l'Agence Nationale Antidopage					
Je participe à une manifestation de la fédération internationale pour laquelle une AUT est requise conformément aux règles de la fédération internationale ⁽¹⁾					
Nom de la compétition :					
<input type="checkbox"/> Aucune de ces options					
En cas de sportif handicapé, précisez le handicap :					
⁽¹⁾ Veuillez vous référer à votre fédération internationale pour la liste des manifestations désignées.					

CONFIDENTIEL



CERTIFIÉE ISO 9001-2008

Immeuble Narcisse, 1er Étage - Avenue du Japon - 1073 Montplaisir
Tél : (+216) 71 902 333 / (+216) 71 902 670- Fax : (+216) 71 903 520

2. Informations médicales :

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire (voir Note – page 4) :

.....
.....
.....
.....

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation demandée d'un médicament interdit :

.....
.....
.....
.....

3. Détail des médicament(s) concerné(s) :

Substance(s) interdite(s): <u>DCI ou Nom Commercial</u>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence D'administration
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Durée prévue du traitement : (veuillez cocher la case adéquate)	Dose unique <input type="checkbox"/>	Urgence <input type="checkbox"/>	Durée :

Avez-vous déjà soumis des demandes d'AUT ? Oui Non

Pour quelle(s) substance(s) ?

A qui ? Quand ?

Décision : Acceptée Refusée

CONFIDENTIEL



CERTIFIÉE ISO 9001-2008

Immeuble Narcisse, 1er Étage - Avenue du Japon - 1073 Montplaisir
Tél : (+216) 71 902 333 / (+216) 71 902 670- Fax : (+216) 71 903 520

4. Attestation du médecin traitant :

Je, soussigné, certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié et que l'usage de médicaments alternatifs ne figurant pas sur la Liste des Interdictions en vigueur ne serait pas adéquat pour l'état pathologique décrit ci-dessus.

Nom et Prénom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Tél. : **Fax :**

E-mail :

Signature et Tampon du médecin traitant :

Date :

5. Déclaration du sportif :

Je, soussigné,, certifie que les informations du point 1. sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode de la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation des informations médicales personnelles au personnel autorisé de l'ANAD et de l'AMA, à leurs CAUT (Comité d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques) ainsi qu'à tout autre personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces informations en vertu du Code Mondial Antidopage.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et l'ANAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation des règles antidopage, conformément aux exigences du Code Mondial Antidopage.

Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du Standard International pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

Signature du sportif : **Date :**

Signature d'un des parent ou du tuteur légal du sportif :

(Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom)



CERTIFIE ISO 9001-2008

6. Note au médecin traitant (1) :

Diagnostic

Les éléments confirmant le diagnostic doivent être joints à cette demande sous forme de dossier médical incluant un historique médical complet et les résultats de tous les examens apparentés, des analyses de laboratoire et des études par imagerie . Dans la mesure du possible, des copies des rapports originaux ou des lettres devraient être aussi incluses. L'argumentaire devra être aussi objectif que possible sur les circonstances cliniques ; en cas de conditions non démontrables, un rapport médical indépendant devra appuyer la demande.

**Une fois le formulaire complété, veuillez le transmettre à l'ANAD
et en garder une copie .**

**Tout formulaire ou dossier incomplet ne sera pas pris en considération
et nécessitera une nouvelle soumission.**



CERTIFIE ISO 9001-2008