

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

Veillez remplir toutes les sections en lettres majuscules ou à la machine. Le sportif doit compléter les sections 1, 5, 6 et 7 ; le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 4. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

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

2. Renseignements médicaux : (continuez sur une feuille séparée si nécessaire)

Diagnostic:

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

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

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

Note :

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.

L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés Informations médicales pour éclairer les décisions des CAUT, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site Web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>). Ces lignes directrices portent sur le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections qui touchent couramment les sportifs et nécessitent un traitement par des substances interdites.

3. Détail des médicaments:

Substance(s) interdite(s): <u>Nom Générique</u>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				
4.				

CONFIDENTIEL

4. Attestation du médecin:

Je, soussigné, certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.

Nom et Prénom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Tél. : Fax :

E-mail :

Signature et Tampon du médecin traitant :

Date :

5. Demandes rétroactives

<p>Cette demande est-elle rétroactive ?</p> <p>Oui : <input type="checkbox"/></p> <p>Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ?</p> <p>_____</p>	<p>Veillez indiquer la raison :</p> <p>Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë <input type="checkbox"/></p> <p>En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon <input type="checkbox"/></p> <p>Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables <input type="checkbox"/></p> <p>Autre raison <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

CONFIDENTIEL

6. Demandes Antérieures :

Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?

oui non

Pour quelle substance ou méthode ?

Auprès de qui ? _____ Quand ? _____

Décision : Approuvée Refusée

7. Déclaration du sportif :

Je soussigné, _____, certifie que les informations au 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'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) et à d'autres CAUT d'OAD et personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces informations en vertu des dispositions du Code. 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 mon OAD. 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 de règle antidopage, conformément aux exigences du Code. 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 du parent ou tuteur du sportif : _____ Date : _____

_____ (si le sportif est mineur ou atteint d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou tuteur le signera avec le sportif ou en son nom.)

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez le soumettre à l'ANAD à l'adresse ci-après et en conserver personnellement une copie complète.

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

CONFIDENTIEL