

Demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques AUT

Formulaire

A renvoyer à :

Veillez compléter toutes les sections en majuscules ou en caractères d'imprimerie

1. Renseignements sur le sportif

| | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| Nom : | Prénom : | |
| Femme <input type="checkbox"/> | Homme <input type="checkbox"/> | Date de naissance (j/m/a) : |
| Adresse : | | |
| Ville : | Pays : | Code postal : |
| Tél. : (avec code international) | Courriel : | |
| Sport : | Discipline/Position : | |
| Organisation sportive internationale ou nationale : | | |
| Si athlète handicap, précisez le handicap : | | |

2. Renseignements médicaux

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire (voir note 1) :

.....

Si une médication autorisée peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation d'une médication interdite :

.....

3. Médicament(s) concerné(s)

| Substance(s) interdite(s) : <i>Nom générique (DCI)</i> | Posologie | Voie d'administration | Fréquence d'administration |
|--|---|--------------------------|-------------------------------|
| 1..... | | | |
| 2..... | | | |
| 3..... | | | |
| Durée prévue du traitement : (veuillez cocher la case adéquate) | <i>Une seule dose</i> <input type="checkbox"/> <i>urgence</i> <input type="checkbox"/> <i>ou durée</i> : | | |

Avez-vous déjà demandé une AUT ? Oui Non

Pour quelle substance ?

.....

A qui ?..... Quand ?.....

Décision : Acceptée Refusée

4. Déclaration du médecin

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

Nom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Tél. : Télécopieur :

Courriel :

Signature du médecin : Date :

5. Déclaration du sportif

Je,..... certifie que les renseignements du point 1 sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la Liste des interdictions de l'AMA.

J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux à l'organisation antidopage (OAD), au personnel de l'AMA et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), ainsi qu'à toute autre organisation antidopage définie par le Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit de ces organisations d'obtenir en mon nom mes renseignements médicaux, je dois en aviser mon médecin traitant et mon OAD par écrit.

Signature du sportif : Date :

Signature d'un des parents ou du tuteur légal :

Date :

(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)

6. Note

| | |
|---------------|--|
| Note 1 | Diagnostic La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe à la présente demande. La preuve médicale devrait inclure l'histoire médicale et les résultats de tout examen pertinent, des analyses de laboratoire et d'imagerie. Des copies des rapports originaux ou des courriers devraient être si possible incluses. L'argumentaire devra être aussi objectif que possible sur les circonstances cliniques et en cas de conditions non démontrables un témoignage médical indépendant devra appuyer la demande. |
|---------------|--|

Une fois le formulaire complété veuillez le transmettre à l'organisation antidopage et en garder une copie.

Tout formulaire incomplet sera retourné et nécessitera une nouvelle soumission.