

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

Formulaire de demande standard

Par la présente, je demande l'approbation de (organisation antidopage) pour l'usage à des fins thérapeutiques d'une substance interdite qui fait partie de la Liste des substances et méthodes interdites de l'AMA.

Veillez compléter toutes les sections

1. Renseignements sur le sportif

Nom : Prénoms :

Femme Homme (cochez la case appropriée)

Adresse :

Ville : Pays : Code postal :

Date de naissance (j/m/a) :

Tél. bureau : Tél. résidentiel : Cellulaire :

Courriel : Télécopieur :

Sport : Discipline/Position :

Organisation sportive nationale :

Si le sportif souffre d'un handicap, préciser le handicap :

2. Notification du médecin traitant

Nom, qualifications et spécialité médicale (voir note 1) :

.....

.....

Adresse:

..... Courriel :

Tél. bureau : Tél. résidentiel :

Cellulaire : Télécopieur:

* Diagnostic (voir note 2):

.....

Le médecin chef de l'organisation sportive nationale a-t-il été informé de cette demande ?
Oui : Non :

Nom du médecin chef de l'organisation sportive nationale (voir note 3):

N° de demande :

3. Renseignements médicaux (voir note 4)

Substance(s) interdite(s) :	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			

Durée prévue de ce traitement médical	
----------------------------------------------	--

Demande(s) antérieure(s) / en cours: oui non

Si oui : Date :

Organisation antidopage :

Résultat (*attacher AUT antérieure(s)*) :

S'il y a lieu, raisons pour lesquelles les thérapies alternatives ne sont pas utilisées (*voir note 5*) :

.....

.....

4. Veuillez inscrire toute information complémentaire et inclure les informations médicales suffisantes à l'appui du diagnostic et de la nécessité d'utiliser une substance interdite :

.....

.....

.....

5. Déclaration du médecin traitant et du sportif

Je,, certifie que la ou les substances mentionnées ci-dessus pour le sportif sus-nommé ont été ou sont administrées comme traitement approprié pour l'état pathologique indiqué ci-dessus.

Signature du médecin traitant : **Date :**

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 personnels à l'organisation antidopage, ainsi qu'au personnel de l'AMA et au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA en vertu du Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit du CAUT de l'organisation antidopage ou du CAUT de l'AMA d'obtenir mes renseignements de santé en mon nom, je dois en aviser mon médecin traitant par écrit.

Signature du sportif : **Date:**

Signature du parent ou du représentant légal:

Date:

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

6. Notes

Note 1	<i>Nom, qualifications et spécialité médicale</i> Par exemple : Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-entérologue.
Note 2	<i>Diagnostic</i> <i>La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et soumise avec la présente demande. La preuve médicale devrait inclure l'historique clinique complet, et les résultats de tout examen pertinent, analyse de laboratoire et étude par imagerie. Des copies des rapports ou lettres originaux devraient être inclus si possible. La preuve devrait être aussi objective que possible dans les circonstances cliniques et, dans le cas de conditions non démontrables, une opinion médicale indépendante appuiera la présente demande.</i>
Note 3	<i>Médecin chef de l'organisation sportive nationale</i> <i>Le médecin chef de l'organisation sportive nationale impliquée devrait être si possible informé de la demande soumise à l'organisation antidopage. S'il y a lieu, la demande devrait inclure une déclaration du médecin de l'instance dirigeante nationale du sportif, attestant la nécessité de la substance ou de la méthode autrement interdite dans le traitement du sportif.</i>
Note 4	<i>Renseignements médicaux</i> <i>Fournir des détails concernant toutes les substances ou méthodes pour lesquelles une autorisation est demandée. Utiliser des noms génériques (DCI) et préciser la posologie du médicament.</i>

N° de demande :

Note 5	<i>Si un médicament autorisé peut être utilisé dans le traitement de l'état pathologique du sportif, veuillez présenter une justification clinique pour la demande d'usage du médicament interdit.</i>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être de nouveau soumises.

Veuillez soumettre le formulaire complété à l'organisation antidopage et conserver une copie du formulaire complété pour vos dossiers.

7. Décision du CAUT (pour usage interne seulement)

Date de réception :

Demande complète : oui non

Remarques internes :
.....
.....
.....

Nom du ou des représentant(s) du CAUT :

Signature(s) :
.....

Date :

STRICTEMENT CONFIDENTIEL