



MODÈLE DE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUT
Formulaire de demande d'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 concernant le sportif

Noms: _____ Prénoms: _____		
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____	
Adresse: _____		
Ville: _____	Pays: _____	Code Postal: _____
Tél.: _____		Courriel: _____
(avec code international)		
Sport: _____		Discipline/Position: _____
Organisation sportive internationale ou nationale: _____		
Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel: _____ _____ _____		

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

Diagnostic: _____
Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du 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. Détails des médicaments

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

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: _____

Spécialité médicale: _____

Adresse: _____

Tél.: _____

Fax: _____

Courriel: _____

Signature du médecin: _____ 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 choisir l'une des raisons suivantes :</p> <p><input type="checkbox"/> Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables</p> <p><input type="checkbox"/> Équité (approbation de l'AMA et de l'ONAD/FI requise)</p> <p>Veillez expliquer:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

6. Veillez expliquer:

<p>Avez-vous déjà soumis une ou plusieurs demandes d'AUT à une OAD ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Pour quelle substance ou méthode?</p> <p>_____</p> <p>Auprès de qui? _____ Quand? _____</p> <p>Décision: Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/></p>
--

7. Déclaration du sportif

Je soussigné, _____, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 5 et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) compétente et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage (« Code ») et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques. Ces personnes sont soumises à une obligation de confidentialité professionnelle ou contractuelle.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements ; (2) exercer tout droit que je peux détenir, comme mon droit d'accès, de rectification, de restriction, d'opposition ou de suppression ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés aux fins d'enquêtes ou de procédures relatives à des violations potentielles des règles antidopage, conformément aux exigences du Code, des standards internationaux, ou de lois nationales antidopage ; ou aux fins d'initier, d'exercer ou de se défendre contre une poursuite me concernant ou concernant une OAD et/ou l'AMA.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside. Je comprends que mes renseignements seront conservés dans le système ADAMS, qui est hébergé par l'AMA sur des serveurs basés au Canada, pendant la durée indiquée dans le Standard international pour la protection des renseignements personnels de l'AMA (SIPRP).

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA (privacy@wada-ama.org) ou de l'organisme national de réglementation responsable de la protection des données dans mon pays si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et le SIPRP.

Je comprends que les entités mentionnées ci-dessus peuvent se référer et être soumises à des lois nationales antidopage qui prévalent sur mon consentement, ou d'autres lois applicables qui peuvent exiger que des informations soit divulguées aux tribunaux, forces de l'ordre ou autres autorités publiques locales. Je peux obtenir davantage d'informations sur ces lois nationales antidopage auprès de ma Fédération internationale ou de mon organisation nationale antidopage.

Signature du sportif : _____ **Date :** _____

Signature du parent ou tuteur: _____ **Date :** _____

(Si le sportif est mineur ou présente un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur doit le signer en son nom.)

Veuillez soumettre le formulaire dûment rempli à tue@ita.sport par le moyen suivant (en conservant personnellement une copie): e-mail