



## Demande d' Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

*Par la présente, je demande l'approbation de l'ALAD 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 en lettres capitales**

### 1. Renseignements sur le sportif

Nom : .....	Prénoms : .....
Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (j/m/a) : .....
Adresse : .....	
Ville : .....	Pays : ..... Code postal : .....
Tél. bureau : .....	Tél. privé : ..... Portable : .....
e-mail:.....Fax : .....	
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:.....	
.....	
Adresse : .....	
..... e-mail : .....	
Tél. bureau : .....Tél. privé : .....	
Portable : .....Fax : .....	

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

Le médecin de la fédération nationale a-t-il été informé de cette demande ?

Oui :  Non :

Nom du médecin de la fédération nationale (voir note 2) :.....

### 3. Renseignements médicaux (voir note 3)

Substance(s) interdite(s) : Nom du générique	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, nom de la substance interdite .....

Date de la demande :.....

Organisation antidopage :

Résultat :  
(attacher AUT antérieure(s))

S'il y a lieu, raisons pour lesquelles les thérapies alternatives ne sont pas utilisées (voir note 4) :

.....  
.....

**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 et l'ALAD 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

<b>Note 1</b>	Diagnostic <i>La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et soumise avec la présente demande. La preuve médicale doit 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 des conditions non démontrables, une opinion médicale indépendante appuiera la présente demande.</i>
<b>Note 2</b>	Médecin de la fédération nationale <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>
<b>Note 3</b>	Renseignements médicaux <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>
<b>Note 4</b>	<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 à nouveau soumises.**

**Veillez soumettre le formulaire complété à l'ALAD  
par recommandé : B.P . 180, L-2011 Luxembourg  
ou par Fax (+352) 247-83461**

et impérativement garder le récépissé de l'envoi ou l'accusé de réception du fax ainsi qu'une copie du formulaire complété pour vos dossiers.