



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

Veillez compléter toutes les sections en lettres capitales. Les demandes incomplètes et illisibles seront retournées et devront être à nouveau soumises.

Les sections 1, 2, 3 et 7 sont à compléter par le sportif. Les sections 4, 5 et 6 sont à compléter par le médecin.

1. Renseignements sur le sportif

Nom :Prénom :

Femme Homme Date de naissance (j/m/a) :

Adresse :

Ville : Pays : Code postal :

Tél. bureau : Tél. privé : Portable :

e-mail :

Sport : Discipline :

Organisation sportive nationale :

Si vous souffrez d'un handicap, merci de le préciser :

.....

2. Demande antérieure

Demande AUT dans le passé : oui non

Si oui, nom de la substance ou méthode interdite :

Organisation antidopage :

Date de la demande :

Décision : Approuvée

Refusée

3. Demande rétroactive

S'agit-il d'une demande rétroactive?

Oui Non

Si non, veuillez continuer à la section 4.

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé :

Laquelle des hypothèses suivantes s'applique pour votre demande rétroactive ?

(A) Il s'agissait d'une urgence ou d'un traitement urgent d'une affection médicale (en cas d'urgence médicale cette procédure ne doit en aucun cas entraver ou différer la mise en application d'un traitement médicalement nécessaire).

(B) Il n'y avait pas suffisamment de temps ou d'opportunité ou il existait d'autres circonstances exceptionnelles empêchant le sportif de soumettre (ou le Comité AUT d'examiner) une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon.

(C) En raison des priorités nationales établies dans certains sports, l'organisation nationale antidopage du sportif ne permettait à celui-ci de demander une AUT prospective ou ne l'exigeait pas.

(D) Si une organisation antidopage choisit de prélever un échantillon auprès d'un sportif qui n'est pas un sportif de niveau international ou un sportif de niveau national et que ce sportif fait usage d'une substance interdite ou d'une méthode interdite pour des raisons thérapeutiques, l'organisation antidopage doit permettre au sportif de demander une AUT rétroactive.

(E) Le sportif a fait usage, hors compétition, pour des raisons thérapeutiques, d'une substance interdite qui n'est interdite qu'en compétition.

(F) Dans des circonstances exceptionnelles et nonobstant toute autre disposition du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques, un sportif peut demander et obtenir une autorisation rétroactive d'usage d'une substance interdite ou d'une méthode interdite à des fins thérapeutiques si, au vu de l'objectif du Code, il serait manifestement injuste de ne pas accorder d'AUT rétroactive.

Veillez expliquer (si nécessaire, joindre d'autres documents)

Les sections 4, 5 et 6 sont à compléter par le médecin

4. Informations médicales

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

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la condition pathologique, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit.

5. Détails des médicaments

Substance(s) interdite(s) : Nom du générique :	Posologie	Voie d'admin.	Fréquence	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				
4.				

Note pour le médecin	<p>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.</p> <p>L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation des demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés Informations médicales pour éclairer les décisions des Comités AUT, 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.</p>
-----------------------------	--

6. Attestation du médecin traitant

Je certifie que les informations contenues dans les sections 4 et 5 ci-dessus sont exactes. Je reconnais et j'admets que mes données personnelles pourront être utilisés par l'ALAD pour me contacter au sujet de cette demande d'AUT, pour vérifier l'évaluation professionnelle associée à la procédure AUT ou dans le cadre d'enquêtes ou de procédures concernant la violation des règles antidopage. En outre, je reconnais et je suis d'accord que mes données personnelles seront chargées dans le Système d'administration et de gestion antidopage (ADAMS) à ces fins.

Nom :Prénom :

Spécialité médicale :

Adresse :

e-mail :Tél. :

Portable :

Signature du médecin traitant :Date :

7. Déclaration du sportif

Je soussigné(e),, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 2, 3 et 7 sont exacts et complets.

J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'ALAD et de l'AMA, au Comité AUT de l'AMA et à d'autres Comités AUT d'organisations antidopage et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les AUT. 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 nécessaires afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

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 d'avantage 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 informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et l'ALAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées aux fins d'enquêtes ou de procédures relatives à des violations potentielles des règles antidopage, conformément aux exigences du Code, des standards internationaux, ou d'une loi nationale antidopage ; ou aux fins d'initier, d'exercer ou de se défendre contre une poursuite me concernant ou concernant une organisation antidopage 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.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA (privacy@wada-ama.org) ou de la Commission nationale pour la protection des données si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et/ou le Standard international pour la protection des renseignements personnels.

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 soient 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 l'ALAD.

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 en son nom)

Veillez soumettre le formulaire complété à :

ALAD

Comité AUT

6, rue de Pulvermühl

L-2356 Luxembourg

ou par mail : info@alad.lu

et impérativement garder une copie des documents pour vos dossiers.

Si vous avez des questions au sujet du traitement de vos données personnelles, veuillez consulter la section « Protection des données » du site de l'ALAD.