

## **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**

Nom : _____	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.*

### 2. Détails des médicaments

Substance(s) interdite(s) : Nom générique	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.: \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## 5. Demandes rétroactives

<p><b>Cette demande est-elle rétroactive ?</b></p> <p><b>Oui :</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Non :</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ?</p> <p>_____</p>	<p><b>Veillez indiquer la raison :</b></p> <p>Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë <input type="checkbox"/></p> <p>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 <input type="checkbox"/></p> <p>Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables <input type="checkbox"/></p> <p>Autre raison <input type="checkbox"/></p> <p>Veillez expliquer :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

## 6. Demandes antérieures

<p><b>Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?</b></p> <p><b>oui</b> <input type="checkbox"/>      <b>non</b> <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) 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 et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques.

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 utilisées 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 mon droit d'accès et de correction ; 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 à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

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 avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et du Standard international pour la protection des renseignements personnels.

**Signature du sportif :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du parent ou tuteur du sportif :** \_\_\_\_\_ **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.)

**Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à L'ORAD Afrique Zone I par email (en conservant personnellement une copie) :**  
[org.reg.antidopage@gmail.com](mailto:org.reg.antidopage@gmail.com)