STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Dossier No :
(pour usage interne à l'IAAF)

Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques de l'IAAF

Formulaire de demande d'AUT

Je sollicite, par la présente, l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques d'une substance interdite qui fait partie de la Liste des interdictions de l'AMA.

Veuillez compléter toutes les sections de manière lisible et en lettres capitales

☐ Je figure dans la liste du Groupe Cible Soumis aux Contrôles IAAF **ou**

☐ Je me prépare pour la Compétition Internationale (indiquer laquelle . . . . . .)

1. Renseignements sur le sportif

Prénom : . . . . . Nom: . . . . . .

Sexe Féminin ☐ Masculin ☐ Discipline: . . . . . .

Adresse: . . . . . .

Ville: . . . . . Pays: . . . . . .

Code postal: . . . . . Date de naissance (jj/mm/aa): . . . . . .

Tél.: *(code international incl)*. . . . . Portable: . . . . . .

E-mail: . . . . . Fédération nationale: . . . . . .

2. Renseignements médicaux

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

. . . . . .

. . . . . .

Précisez ici, s'il existe un traitement autorisé ne pouvant être utilisé pour traiter cette pathologie, l'argumentaire clinique qui justifie la prescription de la substance interdite: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

3. Médicament(s) concerné(s)

Substance(s) interdite(s) **(voir Note 2)**: Nom commercial / Nom générique p.ex.: Humuline©/Insuline/Salbutamol	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			

Durée prévue du traitement **(voir Note 3):**	Une seule dose ☐ Urgence ☐ ou Durée (semaine(s) / mois): . . . . .

Avez-vous déjà demandé une AUT? ☐ oui ☐ non (cochez la case correspondante)

Pour quelle(s) substance(s)? . . . . . .

A qui? . . . . . Quand? (jj/mm/aa): . . . . . .

Décision (joindre AUT(s) précédemment délivrées): Acceptée ☐ Refusée ☐

Renseignements complémentaires: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Le médecin d'équipe de la Fédération nationale de l'athlète a-t-il été informé de cette demande ?

Oui: ☐ Non: ☐

Nom du médecin d'équipe de la Fédération nationale **(voir note 6)**: . . . . . .

. . . . . .

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

4. Déclaration du médecin traitant

J'atteste que la / les substance(s) indiquée(s) ci-dessus, destinée(s) à l'athlète mentionné ci-dessus, doit / doivent être administrée(s) comme traitement approprié pour l'état pathologique décrit ci-dessus. De plus, j'atteste qu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique satisfaisante en dehors de la liste des interdictions, pour le traitement de l'état pathologique spécifié ci-dessus. **(voir Note 5)**.

Nom, qualifications et spécialité médicale **(voir Note 6)**: . . . . . .

. . . . . .

Adresse: . . . . . .

Ville: . . . . . Pays: . . . . . .

Code postal : . . . . . E-mail: . . . . . .

Tél.: *(préfixe international incl.)* . . . . . Mobile: . . . . . .

Signature du médecin traitant: . . . . . **Date: .** . . . . . .

5. Déclaration de l'athlète

Je soussigné, ... certifie que les renseignements de la section 1 sont exacts et que je sollicite l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode contenue dans la liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la communication de mes informations médicales personnelles aux membres de la sous-commission des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques de l'IAAF (SCAUT) ainsi qu'à toute autre personne susceptible d'intervenir dans le traitement, l'examen ou l'administration de ma demande, conformément au Règlement Antidopage de l'IAAF (y compris, le cas échéant, au personnel de l'AMA ou du CIO, et/ou aux membres des commissions d'autorisations d'usage à des fins thérapeutiques de l'AMA ou du CIO). Je comprends également que la SCAUT de l'IAAF et les membres du personnel impliqués dans l'administration de ma demande d'AUT limiteront la communication de ces informations aux personnes autorisées en vertu du Règlement antidopage de l'IAAF.

Je suis informé que si je désire m'opposer au droit de la SCAUT de l'IAAF d'obtenir en mon nom des renseignements médicaux, je dois en aviser par écrit l'IAAF et mon médecin traitant. Je suis informé que dans ce cas, je m'expose au rejet de ma demande ou au non renouvellement d'une AUT existante puisqu'aucune AUT ne peut être accordée sans la communication des données médicales complètes. Je suis conscient qu'une demande d'AUT nécessite le traitement (notamment la transmission, mise à disposition, utilisation et conservation) de toutes les données relatives à cette demande par le biais de système d'administration et de gestion de données, tels que ceux utilisés par l'IAAF et le système de gestion et d'administration antidopage (ADAMS), pour assurer la mise en oeuvre de programmes antidopage harmonisés, coordonnés et efficaces pour la détection, la dissuasion et la prévention du dopage. En signant ce document, j'atteste que j'ai été pleinement informé et que je donne mon consentement exprès au traitement des données relatives à ma demande d'AUT.

J'autorise par ailleurs la communication de la décision de la SCAUT de l'IAAF aux organisations habilitées en vertu de la règle 34.9 de l'IAAF. Je comprends et j'accepte que si une AUT m'est accordée, cette autorisation et les informations afférentes seront conservées électroniquement dans ADAMS pour une période minimum de 8 ans, la période de 8 ans correspondant au délai de prescription des infraction aux Règles antidopage de l'IAAF.

Retrait de consentement
Je comprends que je peux, à tout moment, révoquer mon consentement au traitement des informations contenues dans ma demande d'AUT par le biais d'outils de gestion de données, y compris ADAMS, et qu'une telle révocation peut entraîner un rejet de la demande ou le non-renouvellement d'une AUT existante.

Exclusion de responsabilité
Par la présente, je libère l'IAAF et l'AMA de toute prétention, demande, perte, dommage, frais et dépens en relation avec le traitement des informations relatives à ma demande d'AUT.

Signature de l'athlète : . . . . . **Date:** . . . . . .

Signature du parent ou représentant légal: . . . . . **Date:** . . . . . .
Si l'athlète est mineur, un parent ou un représentant légal devra apposer sa signature en plus de celle de l'athlète ou signer en son nom.

Notes:

Note 1	*Diagnostic* La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et envoyée avec la présente demande. La preuve médicale doit inclure l'histoire médicale et les résultats de tout examen clinique pertinent, des rapports de médecins spécialistes, des analyses (de laboratoire) et d'imagerie. Les copies des courriers ou rapports originaux devront être jointes dans la mesure du possible. L'argumentaire devra être aussi objectif que possible sur la situation clinique et, en cas de conditions non démontrables, un témoignage médical indépendant devra appuyer la demande. Seulement pour les demandes d'usage de bêta-2 agonistes: Pour présenter une demande complète, les athlètes de niveau international ou les athlètes se préparant à participer à une compétition internationale devront joindre à leur demande les documents suivants exigés par le protocole IAAF sur les bêta-2 agonistes (**Annexe 1 à remplir obligatoirement**): 1. Un dossier médical complet. 2. Résultat d'un test de provocation. Pour plus de détails sur les pièces à fournir, se reporter au protocole bêta-2 agonistes de l'IAAF « section athlète » du site www.iaaf.org/antidoping
Note 2	*Renseignements médicaux* Fournir le nom générique du ou des médicament(s)/traitement prescrit(s) et préciser le(s) dosage(s), la ou les posologie(s) et la voie d'administration.
Note 3	Une nouvelle demande d'AUT devra être introduite pour chaque modification de prescription.
Note 4	*Médecin d'équipe de la Fédération nationale* Dans la mesure du possible, le médecin d'équipe de la Fédération nationale devrait être informé de la demande d'AUT. La demande devrait inclure une déclaration du médecin d'équipe attestant la nécessité de l'utilisation de la substance interdite ou de la méthode interdite par l'athlète
Note 5	Si un médicament autorisé ne peut pas être utilisé dans le traitement de l'athlète, veuillez fournir un justificatif expliquant le recours à un médicament interdit.
Note 6	*Nom, qualifications et spécialité médicale* Par exemple : Dr AB Cook, MD, FRACP, Gastro-entérologue Dr JA Gonzalez MBBS, FACSM, Médecin du Sport

MISE EN GARDE: Les demandes d'AUT incomplètes seront renvoyées. Un nouveau dossier de demande devra alors être constitué.

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Veuillez envoyer votre dossier de demande complet au Département médical et antidopage de l'IAAF (à l'adresse indiquée ci-dessous) et conserver soigneusement un exemplaire de votre formulaire.

Département médical et antidopage de l'IAAF

17, Rue Princesse Florestine
BP 359 – MC 98007
Monaco

N° de Fax direct: +377 93 50 83 95

Pour des questions relatives à ce formulaire ou à la procédure de demande d'AUT standard (niveau international), veuillez contacter l'IAAF au +377 93 10 88 89 (tél) ou tue-application@iaaf.org (e-mail).

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

International Association of Athletics Federations

Annexe 1

FORMULAIRE de Dossier Médical

NOM DE L'ATHLETE: _____
DATE DE NAISSANCE: _____ **PAYS:** _____

Diagnostic:

Age de survenue:

Symptômes spontanés ou liés à l'exercice :

Toux pendant ou après effort :	**Oui ou Non**	**Dyspnée :**	**Oui ou Non**
Essoufflement :	**Oui ou Non**	**Sifflements :**	**Oui ou Non**
Oppression thoracique :	**Oui ou Non**	**Crachats importants :**	**Oui ou Non**

Si OUI, détaillez :

Facteurs déclenchant identifiés :

Historique des antécédents allergiques et de l'asthme infantile :

Examens cliniques antérieurs :

Résultats des tests d'allergie cutanée ou RAST afin de documenter la présence d'une hypersensibilité allergique :

Détail des consultations auprès des médecins spécialistes qualifiés dans le traitement de l'asthme :

Détail d'une éventuelle admission aux urgences d'un hôpital ou toute admission à l'hôpital pour un traitement en cas de crise d'asthme :

Détail des traitements individuels en cours ou d'autres prescriptions administrées au cours des années précédentes et notamment au cours des 6 derniers mois :

Détail des médicaments pris dans les 3 mois avant l'EFR:

Informations concernant l'EFR Date du test: . . . . . / . . . . . / . . . . .

☐ Test de bronchodilatation: augmentation du VEMS par rapport à la valeur de base: . . . . . %

☐ Test d'hyperactivité bronchique à la méthacholine
PD_{20} = ... µmol ou . . . . . µg PC_{20} = ... mg/mL

☐ Test d'hyperventilation eucapnique volontaire: diminution du VEMS de . . . . . % après . . . . . min

☐ Test d'effort: diminution du VEMS de . . . . . % après . . . . . min

☐ Test à aérosol hypertonique: diminution du VEMS de . . . . . % après . . . . . min

☐ Test au mannitol: diminution du VEMS de . . . . . % après . . . . . min

Date : / / Nom du médecin traitant :

Signature du médecin traitant :