



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

Veillez compléter toutes les sections en lettres capitales de manière lisible ou typographiées.

☞ **Athlètes, veuillez compléter les sections 1, 5, 6 et 7**

☞ **Médecin, veuillez compléter les sections 2, 3 et 4.**

Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées pour être corrigées.

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

ou

Je me prépare pour une Compétition Internationale : Préciser laquelle

1. Renseignements sur le sportif

Prénom :	Nom:
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Discipline:
Adresse:	
Ville:	Pays :
Code postal:	Date de naissance (jj/mm/aa) :
Tél.: (code international inclus).	Portable
E-mail :	Nationalité :

2. Renseignements médicaux

Diagnostic argumenté avec les principales informations médicales clefs

.....

.....

S'il existe un traitement bien qu'autorisé et ne pouvant être utilisé pour traiter cette pathologie, précisez ici un argumentaire qui justifie la prescription de la substance interdite :

.....

.....

.....

.....

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Remarque :

Les éléments de preuves confirmant le diagnostic doivent être jointes et transmises avec cette demande. Ils devront être le plus objectif compte-tenu des circonstances cliniques. Les informations médicales doivent inclure l'ensemble des antécédents médicaux et la copie des originaux des résultats de tous les examens cliniques pertinents, des analyses de laboratoire, des rapports médicaux spécialisés notamment de l'imagerie. Dans le cas de conditions non démontrables, un avis médical d'expertise indépendante appuiera cette demande.

L'AMA a publié des dossiers pratiques, concernant une vingtaine de situation médicale, qui précisent les informations médicales nécessaires à la constitution complètes d'un dossier de demande d'AUT et son obtention pour assister les médecins. On peut accéder à ceux-ci en cliquant [ici](#) ou en allant sur le site de l'AMA <https://www.wada-ama.org/fr> et en recherchant les « *Informations médicales pour éclairer les décisions des Comités pour l'AUT* »

3. Médicament(s) concerné(s)

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

Durée prévue du traitement (voir Note 2) :	Une seule dose <input type="checkbox"/>	Urgence <input type="checkbox"/>
	ou Durée (semaine(s)/mois):	

Renseignements complémentaires:

.....

.....

.....

.....

.....

<p>Le médecin d'équipe de la Fédération nationale de l'athlète a-t-il été informé de cette demande ?</p> <p>Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/></p> <p>Nom du médecin d'équipe de la Fédération nationale (voir note 5):</p> <p>.....</p>

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 3**).

Nom, qualifications et spécialité médicale (voir Note 4) :

Adresse :

Ville : Pays :

Code postal : E-mail:

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

Signature du médecin traitant: **Date:**

5. Demande rétroactive

Est-ce une Demande rétroactive ? Oui Non (cochez la case correspondante)

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

Indiquez ici les raisons :

- Un traitement d'urgence ou un traitement d'une affection médicale aiguë était nécessaire
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou l'opportunité de soumettre une demande avant la collecte d'échantillons
- Demande anticipée non requise selon les règles applicables
- Autre S'il vous plaît, expliquez

.....
.....
.....
.....

6. Demande précédente d'AUT

Avez-vous déjà demandé une AUT? Oui Non (Cochez la case correspondante)

Pour quelle(s) substance(s)? A quelle date ? (jj/mm/aa)

A quelle organisation cette demande a été faite ?

Quelle a été la décision (joindre copie des AUT(s) précédemment délivrées) : Acceptée Refusée

7. 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 infractions 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

☞ 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.

Signature du parent ou représentant légal

Date

Notes:

Note 1	Renseignements au sujet des Médicaments 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 2	Changement de Prescription médicamenteuse Une nouvelle demande d'AUT devra être introduite pour chaque modification de prescription
Note 3	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 4	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 5	Nom, qualifications et spécialité médicale Par exemple : <ul style="list-style-type: none">• Dr AB Cook, MD, FRACP, Gastro-entérologue• Dr JA Gonzalez MBBS, FACSM, Médecin du Sport

Attention !

Les demandes d'AUT incomplètes seront renvoyées. Dans ce cas, un nouveau dossier de demande devra alors être constitué !

Tout en conservant soigneusement un exemplaire de l'ensemble de votre dossier, veuillez envoyer votre dossier de demande complet au :

Département Santé et Science de l'IAAF

6-8, Quai Antoine 1er
BP 359, MC 98007 Monaco Cedex

Email : tue-application@iaaf.org

Pour des questions relatives à ce formulaire ou à la procédure de demande d'AUT (Pour les athlètes de niveau international), veuillez contacter l'IAAF par Courriel : tue-application@iaaf.org
