

Formulaire de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Veuillez remplir toutes les sections à la main en lettres majuscules ou à l'ordinateur. Les sections 1, 2, 3 et 7 doivent être remplies par le sportif, et les sections 4, 5 et 6 doivent être remplies par son médecin. Les demandes incomplètes ou illisibles seront retournées à l'expéditeur et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

1. Renseignements sur le sportif

Nom : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Prénom(s) : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Femme :

Homme :

Date de naissance : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*
(jj/mm/aaaa)

Adresse : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Ville : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Pays : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Code postal : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Téléphone : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*
(avec l'indicatif international)

Courriel : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Sport : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Discipline : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

2. Demandes antérieures

Avez-vous déjà présenté une ou plusieurs demandes d'AUT à une organisation antidopage pour la même affection?

Oui Non

Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s)? *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Auprès de qui? *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Quand? *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Décision : Approuvée

Refusée

3. Demandes rétroactives

La présente demande est-elle rétroactive?

Oui

Non

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé? *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

L'une ou l'autre des exceptions suivantes s'appliquent-elles à votre situation? (article 4.1 du SIAUT)

- 4.1 (a)** – Vous avez eu besoin du traitement urgent ou très urgent d'une affection médicale.
- 4.1 (b)** – Un manque de temps ou de possibilités ou d'autres circonstances exceptionnelles vous ont empêché de soumettre une demande d'AUT, ou d'en obtenir l'évaluation, avant la collecte de l'échantillon.
- 4.1 (c)** – Vous n'aviez pas l'autorisation ou l'obligation de demander une AUT à l'avance en vertu des règles antidopage établies par l'ONAD GABON.
- 4.1 (d)** – Vous n'êtes pas un sportif de niveau international ou national et ne relevez pas d'une fédération internationale ni d'une organisation nationale antidopage, mais avez été soumis à un contrôle.
- 4.1 (e)** – Vous avez reçu un résultat positif après avoir fait usage, hors compétition, d'une substance qui est interdite en compétition seulement, p. ex., S9 – Glucocorticoïdes (Voir la [Liste des interdictions](#))

Veuillez expliquer (au besoin, joindre des documents supplémentaires)

Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.

Autres demandes rétroactives (article 4.3 du SIAUT)

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

Afin de répondre aux conditions prévues à l'article 4.3, veuillez préciser les motifs de la présente demande et joindre tout document justificatif requis.

Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.

Sections 4, 5 et 6 à remplir par le médecin.

4. Renseignements médicaux (veuillez joindre tout document pertinent)

Diagnostic (si possible, utilisez la plus récente version de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé) :

Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.

5. Détails sur les médicaments

Substance(s) ou méthode(s) interdite(s) <u>Nom(s) génériques(s)</u>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Les éléments confirmant le diagnostic doivent être joints et transmis avec cette demande. Les renseignements médicaux 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. De plus, il serait utile d'inclure un résumé du diagnostic et des principaux éléments des examens cliniques et des tests médicaux ainsi que du plan de traitement.

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter l'affection, veuillez justifier la demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques du médicament interdit.

L'AMA tient à jour une série de listes de vérification visant à aider les sportifs et les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents en saisissant le terme de recherche « Liste de vérification » sur le site Web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org/fr>).

6. Déclaration du médecin

Je certifie que les renseignements figurant aux sections 4, 5 et 6 sont exacts. Je reconnaiss et j'accepte que les organisations antidopage (OAD) puissent utiliser mes renseignements personnels pour communiquer avec moi relativement à la présente demande d'AUT afin de valider l'évaluation professionnelle en lien avec le processus d'AUT ou dans le cadre d'une enquête ou d'une procédure liée à une violation des règles antidopage. Je reconnaiss et j'accepte également que mes renseignements personnels soient téléchargés dans le Système d'administration et de gestion antidopage (ADAMS) à ces fins. [ADAMS Confidentialité et Sécurité](#) pour plus de détails).

Nom : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Spécialité médicale : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Numéro de permis d'exercice : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Organisme de délivrance : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Adresse : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Ville : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Pays : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Code postal : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Téléphone : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*
(avec l'indicatif international)

Télécopieur : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Courriel : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Signature du médecin : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Date : *Veuillez cliquer ici pour saisir la date.*

7. Déclaration du sportif

Je, *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte*, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 2, 3 et 7 sont exacts et complets.

J'autorise mon(mes) médecin(s) à transmettre aux personnes ou organisations suivantes les renseignements relatifs à ma santé ou mes dossiers médicaux que celles-ci jugent nécessaires pour examiner le bien-fondé de ma demande : la ou les organisations antidopage (OAD) chargées de prendre la décision d'accorder, de rejeter ou de reconnaître mon AUT; l'Agence mondiale antidopage (AMA), laquelle a la responsabilité d'assurer que les décisions prises par les OAD respectent les dispositions du SIAUT; les médecins membres des OAD concernées et des comités d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA, qui pourraient devoir examiner ma demande en vertu du Code mondial antidopage et des Standards internationaux; ainsi que d'autres experts médicaux, scientifiques ou juridiques indépendants, si nécessaire.

J'autorise également à transmettre ma demande d'AUT intégrale, y compris les renseignements et dossiers médicaux à l'appui, à une ou plusieurs autres OAD et à l'AMA pour les motifs décrits précédemment, et je comprends que ces destinataires pourraient aussi devoir fournir mon dossier de demande complet aux membres de leur CAUT et aux experts concernés aux fins d'évaluation.

J'ai lu et compris l'Avis de confidentialité relatif aux AUT (ci-après), qui décrit la façon dont mes renseignements personnels seront traités dans le cadre de ma demande d'AUT, et j'en accepte les modalités.

Signature du sportif : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Date : *Veuillez cliquer ici pour saisir la date.*

Signature d'un parent ou d'un tuteur : *Veuillez cliquer ici pour saisir du texte.*

Date : *Veuillez cliquer ici pour saisir la 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.)