

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 substances et méthodes interdites de l'IAAF.

Veillez 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:
Femme Homme 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):
.....
.....
Si'il existe une médication autorisée pouvant être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation d'une médication interdite:
.....
.....

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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**):

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'IAAF. J'autorise la divulgation de mes informations médicales personnelles aux membres de la sous-commission des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (SCAUT) de l'IAAF ainsi qu'à toute autre personne susceptible d'intervenir dans le traitement ou l'examen de ma demande (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), conformément au Règlement Anti-dopage de l'IAAF. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit de la SCAUT de l'IAAF d'obtenir en mon nom des renseignements médicaux, je dois en aviser par écrit mon médecin traitant. Je suis informé que dans ce cas ni une AUT ni un renouvellement d'une AUT existante ne pourront m'être accordés, J'autorise par ailleurs la communication de la décision de la SCAUT de l'IAAF aux autres organisations concernées conformément à la règle 34.9 de l'IAAF.

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.

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Notes:

Note 1	<p><u>Diagnostic</u></p> <p>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.</p> <p><u>Seulement pour les demandes d'usage de bêta-2 agonistes:</u> 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):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Un dossier médical complet.2. Résultat d'un test de provocation. <p>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</p>
Note 2	<p><u>Renseignements médicaux</u></p> <p>Fournir le nom générique du médicament/traitement prescrit et préciser le dosage, la posologie et la voie d'administration. Donner des informations complémentaires sur les médicaments ou traitements qui ont été essayés.</p>
Note 3	<p>Une nouvelle demande d'AUT devra être introduite pour chaque modification de prescription.</p>
Note 4	<p>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.</p>
Note 5	<p><u>Nom, qualifications et spécialité médicale</u></p> <p>Par exemple : Dr AB Cook, MD, FRACP, Gastro-entérologue Dr JA Gonzalez MBBS, FACSM, Médecin du Sport</p>
Note 6	<p><u>Médecin d'équipe de la Fédération nationale</u></p> <p>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.</p>

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

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Veillez 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 88 (tél) ou tue-application@hq.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
PD₂₀ = µmol ou µg PC₂₀ = 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: