



Autorisation d'Usage Thérapeutique de l'IAAF

Formulaire de demande d'AUT simplifiée [niveau international]

[Bêta-2 agonistes par inhalation, glucocorticostéroïdes par voies non systémiques]

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 et soumise à la procédure de demande d'AUT simplifiée

Veillez compléter toutes les sections
[de manière lisible et en lettres capitales]

1. Informations personnelles

Nom:	Prénom:	
Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> (cocher la case appropriée)	Discipline:	
Adresse:		
Ville:	Pays:	
Code postal:	Date de naissance (j/m/a):	
Tél. prof.:	Tél. dom.:	Portable:
e-mail:		
Fédération nationale:		

2. Informations sur le médecin traitant

Nom, qualifications et spécialité médicale (voir note 1):	
.....	
.....	
Adresse:	
Ville:	Pays:
Code postal:	e-mail:
Tél. prof.:	
Portable:	Fax:

3. Renseignements médicaux

Diagnostic (**voir note 2 pour bêta-2 agonistes seulement**):

.....

Examen(s) médicaux / test(s) réalisé(s):

.....

.....

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 3**):

.....

4. Traitement / médicaments prescrits

Substance(s) interdite(s) (voir note 4): nom commercial/générique ex : Ventoline/Salbutamol	Posologie:	Voie d'administration :	Fréquence d'administration:
1.			
2.			
3.			

Durée prévisionnelle du traitement médical (voir note 5):	
--	--

Renseignements complémentaires

.....

.....

.....

5. Déclaration du médecin traitant

Je soussigné,, atteste que la/les substance(s) indiquée(s) ci-dessus, destinée(s) à l'athlète mentionné ci-dessus, a été / ont été 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 avec d'autres substances n'apparaissant pas dans la liste des interdictions pour le traitement de l'état pathologique spécifié ci-dessus.

Précisez les raisons:
.....
.....

Signature du médecin traitant:

Date:

6. Déclaration de l'athlète

Je soussigné, atteste que les renseignements de la section 1 sont exacts et que je sollicite l'autorisation d'utiliser une substance contenue dans la liste des interdictions de l'IAAF. J'autorise, si nécessaire, la communication de mes informations médicales personnelles aux membres de la sous-commission des autorisations d'usage thérapeutiques (SCAUT) de l'IAAF ainsi qu'à toute autre personne (y compris, le cas échéant, au personnel de l'AMA ou du CIO, et/ou aux membres des commissions d'autorisations d'usage thérapeutique de l'AMA et du CIO) susceptible d'intervenir dans le traitement ou l'examen de ma demande, conformément aux Directives de procédure de l'IAAF. Je prends note de mon droit de m'opposer, si je le souhaite, à la divulgation des informations médicales me concernant à la SCAUT de l'IAAF, après notification écrite à mon médecin traitant. Je suis informé que dans ce cas, il ne pourra m'être accordée d'AUT (ni de renouvellement d'une AUT existante).

J'autorise par ailleurs la communication de la décision de la SCAUT de l'IAAF aux autres organisations concernées conformément à la règle 34.5 de l'IAAF.

Signature de l'athlète:

Date:

Signature du parent ou représentant légal :

Date:

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

Notes:

Note 1	<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 2	<p><u>Diagnostic et examens médicaux/tests réalisés</u></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 :</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 (www.iaaf.org>Anti-Doping).</p>
Note 3	<p><u>Médecin d'équipe de la Fédération nationale</u></p> <p>Il conviendra, dans la mesure du possible, d'informer le médecin d'équipe de la Fédération nationale de la demande d'AUT.</p>
Note 4	<p><u>Détails du traitement/modification de la prescription</u></p> <p>Fournir le nom commercial et le nom générique du médicament/traitement prescrit et préciser le dosage, la posologie et la voie d'administration.</p> <p><u>Remarque:</u> une nouvelle AUT devra être demandée pour chaque modification de prescription.</p>

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

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 simplifiée (niveau international), veuillez contacter l'IAAF au +377 93 10 88 89/56 (tél) ou tue-applications@iaaf.org (e-mail).



Autorisation d'Usage Thérapeutique de l'IAAF

Formulaire de demande d'AUT standard [niveau international]

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]

1. Informations personnelles

Nom:	Prénom:	
Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> (cocher la case appropriée)	Discipline:	
Adresse:		
Ville:	Pays:	
Code postal.	Date de naissance (j/m/a):	
Tél. prof.:	Tél. dom.:	Portable:
e-mail:		
Fédération nationale:		

2. Informations sur le médecin traitant

Nom, qualifications et spécialité médicale (voir note 1):	
.....	
.....	
Adresse:	
Ville:	Pays:
Code postal.	e-mail:
Tél. prof.:	
Portable:	Fax:

3. Renseignements médicaux

Diagnostic (voir note 2):
.....
Examen(s) médicaux / test(s) réalisé(s):
.....
.....
Le médecin d'équipe de la Fédération nationale de l'athlète a-t-il été informé de cette demande ?
Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
Nom du médecin d'équipe de la Fédération nationale (voir note 3):
.....

4. Traitement / médicaments prescrits

Substance(s) interdite(s) (voir note 4): nom commercial/générique ex : Humuline©/insuline	Posologie:	Voie d'administration :	Fréquence d'administration:
1.			
2.			
3.			

Durée prévisionnelle du traitement médical (voir note 4):	
--	--

Renseignements complémentaires

.....

.....

.....

Demande(s) précédente(s) d'AUT <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (cochez la case appropriée)
Si oui: Date:
Autorité (auprès de laquelle la demande a été faite)
Décision (joindre les AUT précédemment délivrées)

5. Déclaration du médecin traitant

Je soussigné,, atteste que la / les substance(s) indiquée(s) ci-dessus, destinée(s) à l'athlète mentionné ci-dessus, a été / ont été 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 avec d'autres substances n'apparaissant pas dans la liste des interdictions, pour le traitement de l'état pathologique spécifié ci-dessus.

Précisez les raisons:
.....
.....

Signature du médecin traitant:

Date:

6. Déclaration de l'athlète

Je soussigné, atteste 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, si nécessaire, la communication de mes informations médicales personnelles aux membres de la sous-commission des autorisations d'usage thérapeutiques (SCAUT) de l'IAAF ainsi qu'à toute autre personne (y compris, le cas échéant, au personnel de l'AMA ou du CIO, et/ou aux membres des commissions d'autorisations d'usage thérapeutique de l'AMA et du CIO) susceptible d'intervenir dans le traitement ou l'examen de ma demande, conformément aux Directives de procédure de l'IAAF. Je prends note de mon droit de m'opposer, si je le souhaite, à la divulgation des informations médicales me concernant à la SCAUT de l'IAAF, après notification écrite à mon médecin traitant. Je suis informé que dans ce cas, il ne pourra m'être accordée d'AUT (ni de renouvellement d'une AUT existante).

J'autorise par ailleurs la communication de la décision de la SCAUT de l'IAAF aux autres organisations concernées conformément à la règle 34.5 de l'IAAF.

Signature de l'athlète:

Date:

Signature du parent ou représentant légal :

Date:

.....

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

Notes:

Note 1	<p><u>Nom, qualifications et spécialité médicale</u></p> <p>Par exemple : Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-entérologue,</p>
Note 2	<p><u>Diagnostic</u></p> <p>Les éléments venant confirmer le diagnostic doivent être joints et envoyés avec la demande. Ces documents peuvent être des résultats d'examens cliniques chronologiques ou des rapports de médecins spécialistes. Les copies des lettres ou rapports originaux devront être joints dans la mesure du possible. Ces éléments du dossier doivent décrire aussi objectivement que possible la situation clinique. Des rapports médicaux indépendants pourront être fournis à l'appui des cas difficiles.</p>
Note 3	<p><u>Médecin d'équipe de la Fédération nationale</u></p> <p>Il conviendra, dans la mesure du possible, d'informer le médecin d'équipe de la Fédération nationale de la demande d'AUT. La demande pourra inclure, le cas échéant, une attestation du médecin d'équipe soulignant la nécessité de la substance interdite dans le traitement de l'athlète.</p>
Note 4	<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> <p><u>Remarque:</u> une nouvelle AUT devra être demandée pour chaque modification de prescription.</p>
Note 5	<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>

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

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 89/56 (tél) ou tue-applications@iaaf.org (e-mail).