

# Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

## Processus abrégé (pour bêta-2 agonistes par inhalation et glucocorticoïdes par des voies non systémiques)

*Par la présente, je demande l'approbation de (organisation antidopage) pour l'usage à des fins thérapeutiques d'une substance interdite qui fait partie de la Liste des substances et méthodes interdites de l'AMA, et est sujette au processus abrégé de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.*

**Veillez compléter toutes les sections**

### 1. Renseignements sur le sportif

Nom : ..... Prénoms : .....

Femme  Homme  (cochez la case appropriée)

Adresse : .....

Ville : ..... Pays:..... Code postal : .....

Date de naissance (j/m/a) : .....

Tél. bureau : ..... Tél. résidentiel : ..... Cellulaire : .....

Courriel : ..... Télécopieur : .....

Sport : ..... Discipline/Position : .....

Organisation sportive nationale : .....

Si l'athlète est handicapé, préciser le handicap : .....

### 2. Notification du médecin traitant

Nom, qualifications et spécialité médicale (voir note 1): .....

.....

Adresse : .....

..... Courriel : .....

Tél. bureau : ..... Tél. résidentiel : .....

Cellulaire : ..... Télécopieur: .....

**3. Renseignements médicaux (voir note 1)**

Diagnostic : .....

Examens médicaux/tests réalisés : .....

.....

| Substance(s) interdite(s) :                  | Posologie | Voie d'administration | Fréquence d'administration |
|--|-----------|-----------------------|----------------------------|
|  |           |                       |                            |
| <b>Durée prévue de ce traitement médical</b> |           |                       |                            |

**Renseignements supplémentaires**

.....

.....

.....

**4. Déclaration du médecin traitant et du sportif**

Je, ....., certifie que la ou les substances mentionnées ci-dessus pour le sportif sus-nommé a été ou ont été administrées comme traitement approprié pour l'état pathologique indiqué ci-dessus. De plus, je certifie que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la Liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique spécifié ci-dessus. Précisez les raisons :

.....

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

**N° de demande :**

Je, ..... , certifie que les renseignements du point 1 sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'organisation antidopage ainsi qu'au personnel de l'AMA et au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA, ainsi qu'à toute autre organisation antidopage en vertu du Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit du CAUT de l'organisation antidopage ou du CAUT de l'AMA d'obtenir mes renseignements de santé en mon nom, je dois en aviser mon médecin traitant par écrit.

**Signature du sportif :** ..... **Date:** .....

**Signature du parent ou représentant légal :** .....

**Date:** .....

*(Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un représentant légal devra signer avec lui ou en son nom)*

**Note 1**

*Nom, qualifications et spécialité médicale*

Par exemple : Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-entérologue.

STRICTEMENT CONFIDENTIEL