



## Demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

*Veillez remplir toutes les sections en lettres majuscules.*

Les sportifs doivent compléter les sections 1, 5, 6 et 7 ; les médecins doivent compléter les sections 2, 3 et 4. Veillez transmettre ce formulaire complété à **Commission Nationale Anti-Dopage (CNAD), Complexe Olympique Mohammed Boudiaf, Dely Brahim, Alger (FAX : 023 25 81 59)**, sans oublier d'en conserver une copie.

**Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau.**

### 1. Renseignements concernant l'athlète

|  |                                     |                     |
|--|-------------------------------------|---------------------|
| Nom : .....  | Prénom(s) : .....                   |                     |
| Sexe : Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> | Date de naissance (jj/mm/aaaa)..... |                     |
| Adresse : .....  |                                     |                     |
| Ville : .....  | Pays : .....                        | Code postal : ..... |
| Tél : .....  | Courriel : .....                    |                     |
| Sport : .....  | Discipline/position : .....         |                     |
| Organisation sportive internationale ou nationale : .....            |                                     |                     |
| Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel : |                                     |                     |
| .....  |                                     |                     |

**2. Renseignements médicaux** (continuez sur une feuille séparée si nécessaire)

**Diagnostic :**

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la Justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit :

.....

Les **éléments confirmant le diagnostic** seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales 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. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.

**3. Détails des médicaments**

| <b>Substance(s)<br/>Interdite(s)<br/>Nom<br/>générique</b> | <b>Substance<br/>active selon la<br/>dénomination<br/>commune<br/>internationale</b> | <b>Posologie</b> | <b>Voie<br/>d'administration</b> | <b>Fréquence<br/>d'administration</b> | <b>Durée du<br/>traitement</b> |
|--|--|------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| 1.   |  |                  |                                  |                                       |                                |
| 2.   |  |                  |                                  |                                       |                                |
| 3.   |  |                  |                                  |                                       |                                |

**4. Attestation du médecin**

**Je, soussigné, certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.**

Nom : .....

Spécialité médicale : .....

Adresse : .....

Tél : .....Fax : .....

Courriel : .....

Signature du médecin : ..... Date : .....

## 5. Demandes rétroactives

|   |  |
|---|--|
| <b>Cette demande est-elle rétroactive ?</b>                           | <b>Veillez indiquer la raison :</b>  |
| <b>Oui :</b> <input type="checkbox"/>                                 | Urgence médicale ou traitement d'une aiguë <input type="checkbox"/>  |
| <b>Non :</b> <input type="checkbox"/>                                 | En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilité pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon <input type="checkbox"/> |
| <b>Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ?</b><br>..... | Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables <input type="checkbox"/>   |
|   | Autre raisons <input type="checkbox"/><br>Veillez expliquer :<br>.....<br>.....<br>.....   |

## 6. Demandes antérieures

|   |
|---|
| <b>Avez-vous déjà soumis une / des demande(s) d'AUT dans le passé ?</b>               |
| <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>               |
| <b>Pour quelle substance ou méthode ?</b><br>.....                                    |
| <b>Auprès de qui ?</b> ..... <b>Quand ?</b> .....                                     |
| <b>Décision :</b> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> |

## 7. Déclaration du sportif

Je soussigné, ....., certifie que les renseignements figurant aux sections 1,5 et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du code mondial antidopage et /ou du standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques.

J'autorise mon/ mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elle juge nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements ; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ;ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du code.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et du standard international pour la protection des renseignements personnels .

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

**Signature du parent ou tuteur du sportif :** .....**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).