

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE
A DES FINS THERAPEUTIQUES (AUT)**

N° de demande :
(à usage interne de la FIA)

Veillez remplir toutes les sections en lettres majuscules ou à la machine. Le sportif doit compléter les sections 1, 5, 6 et 7 ; le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 4. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

1. Renseignements concernant le sportif

Nom :	_____	Prénoms :	_____
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aa) : _____
Taille :	_____	Poids :	_____
Adresse :	_____		
Ville :	_____	Code postal :	_____
		Pays :	_____
Tél. (avec code international) :	_____		Courriel : _____
Sport :	_____	Discipline/position :	_____
Autorité sportive nationale (ASN) :	_____		
Veillez cocher la/les case(s) appropriée(s) :			
<input type="checkbox"/> Je fais partie du groupe cible de sportifs soumis aux contrôles de la FIA.			
<input type="checkbox"/> Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles d'une organisation nationale antidopage.			
<input type="checkbox"/> Je participe à une compétition inscrite au Calendrier Sportif International de la FIA (disponible sur www.fia.com/sports/calendars).			
Si oui, laquelle : _____			
Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel : _____			

Le médecin responsable de l'ASN qui a délivré la licence au sportif a-t-il été informé de cette demande ?			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

2. Renseignements médicaux

Diagnostic :

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

Note

Diagnostic :

Les éléments confirmant le diagnostic, rédigés ou traduits en anglais ou en français, devront être joints et transmis à cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet, avec une description de la manière dont la maladie/le trouble/la blessure ont été pris en charge au fil du temps, ainsi que les résultats de tous les examens apparentés, analyses de laboratoire et études par imagerie. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves concernant les circonstances cliniques seront aussi objectives que possible et, dans le cas de conditions impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.

3. Détails des médicaments et/ou des méthodes

Substance(s) interdite(s) (nom générique)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				

Méthode(s) interdite(s) (nom et détails) : _____

4. Attestation du médecin

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

Nom : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse : _____

Tél. (avec code international) : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____

5. Demandes rétroactives

Cette demande est-elle rétroactive ?

Oui :

Non :

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé?

Veillez indiquer la raison :

- Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon

Veillez expliquer :

- Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables
- Autre raison

Veillez expliquer :

6. Demandes antérieures

Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé? Oui Non

Pour quelle substance ou méthode ? _____

Après de quelle organisation antidopage ? _____ Date : _____

Décision de l'organisation antidopage : Approuvée Refusée

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'elles jugent 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 si 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 atteint d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou tuteur le signera avec le sportif ou en son nom.)

Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

tue@fia.com

et en conserver personnellement une copie.