Agence
Luxembourgeoise
Antidopage

N° de demande.....
(à remplir par l'ALAD)

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

Par la présente, je demande l'approbation du Comité AUT de l'ALAD 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.

Veuillez compléter toutes les sections en lettres capitales

1. Renseignements sur le sportif

Nom :..... Prénoms :.....

Femme □ Homme □ Date de naissance (j/m/a) :.....

Adresse :.....

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

Tél. bureau : ..... Tél. privé : ..... Portable :.....

e-mail:.....Fax :.....

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

Organisation sportive nationale :.....

Si le sportif souffre d'un handicap, préciser le handicap :.....

2. Informations médicales

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire *(voir note 1) :*.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

3. Détails des médicaments

Substance(s) interdite(s) : Nom du générique	**Posologie**	**Voie d'administration**	**Fréquence d'administration**
1.			
2.			
3.			

Durée prévue de ce traitement médical (veuillez cocher la case approprié)	Une fois seulement : □ Urgence : □ Ou pendant.....(semaines/mois)

Demande(s) antérieure(s) / en cours : □ oui □ non
Si oui, nom de la substance interdite .....
Date de la demande :.....
Organisation antidopage.....
Résultat.....(attacher AUT antérieure(s))

4. Attestation du médecin traitant

Je soussigné, certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié et que l'usage d'un médicament alternatif ne figurant pas sur la Liste des interdictions ne serait pas satisfaisant pour cette pathologie.
Nom, qualifications et spécialité médicale:.....
.....
Adresse :.....
.....
e-mail :.....
Tél. bureau :.....
Portable :.....Fax :.....
Signature du médecin traitant :..... Date :.....

5 . Déclaration du sportif

Je soussigné,,....., 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 au personnel autorisé de l'organisation antidopage et de l'AMA, au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA à d'autre personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces informations en vertu du Code.
Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir d'avantage d'informations quant à l'usage de mes informations ; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et l 'ALAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code.
Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du Standard international pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA et du TAS.

Signature du sportif :..... Date :.....
Signature du parent ou du 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)

6.Note

Note 1	Diagnostic *La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et soumise avec la présente demande. La preuve médicale doit inclure l'historique clinique complet, et les résultats de tout examen pertinent, analyse de laboratoire et étude par imagerie. Des copies des rapports ou lettres originaux devraient être inclus si possible. La preuve devrait être aussi objective que possible dans les circonstances cliniques et, dans le cas des conditions non démontrables, une opinion médicale indépendante appuiera la présente demande.*

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

Veuillez soumettre le formulaire complété au
Comité AUT de l'ALAD
par recommandé : B.P . 180, L-2011 Luxembourg
ou par Fax (+352) 247-83461
et impérativement garder le récépissé de l'envoi ou l'accusé de réception du fax ainsi qu'une copie du formulaire complété pour vos dossiers.