



Liste de vérification aux fins
d'une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Insuffisante rénale et greffe de rein

*Substances interdites : Glucocorticoïdes, EPO, diurétiques,
bêtabloquants, inhibiteurs de la prolyl hydroxylase du facteur induit par l'hypoxie (HIF)*

Cette liste de vérification vise à guider le sportif et son médecin dans les exigences à l'égard d'une demande d'AUT, qui permettront au Comité AUT d'évaluer si les critères pertinents du [Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques \(SIAUT\)](#) sont satisfaits.

Veuillez noter que la soumission du seul formulaire de demande d'AUT rempli n'est pas suffisante; des documents d'appui DOIVENT être fournis. *Une demande et une liste de vérification dûment remplies ne garantissent pas l'octroi d'une AUT.* Inversement, dans certaines situations, une demande légitime peut ne pas comprendre tous les éléments de la liste de vérification.

<input type="checkbox"/>	Le formulaire de demande d'AUT doit comprendre les éléments suivants :
<input type="checkbox"/>	Toutes les sections sont remplies de façon lisible
<input type="checkbox"/>	Toutes les informations sont présentées en [la ou les langues précisées par l'OAD]
<input type="checkbox"/>	Le médecin traitant a apposé sa signature
<input type="checkbox"/>	Le sportif a apposé sa signature
<input type="checkbox"/>	Le rapport médical doit comprendre les éléments suivants :
<input type="checkbox"/>	Antécédents médicaux : âge au début des symptômes, symptômes, diagnostic par le médecin traitant
<input type="checkbox"/>	Historique de diminution de la fonction rénale et preuve connexe que les critères de transplantation rénale sont respectés ou confirmés par un néphrologue (médecin spécialiste du rein). La confirmation peut provenir du médecin de famille si elle est endossée par un néphrologue
<input type="checkbox"/>	Rapport chirurgical de la transplantation signé par un chirurgien et/ou un néphrologue
<input type="checkbox"/>	Preuve de déficience/dysfonctionnement du greffon, le cas échéant, signée par un néphrologue/médecin spécialiste du rein
<input type="checkbox"/>	En cas de complications cardiovasculaires : preuve d'hypertension artérielle ou de maladie cardiaque ischémique avec justification thérapeutique du bêtabloquant fournie par le médecin ou le cardiologue
<input type="checkbox"/>	Posologie, fréquence, voie d'administration pour la ou les substances interdites prescrites (glucocorticoïdes, EPO, diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de la prolyl hydroxylase du facteur induit par l'hypoxie (HIF)).
<input type="checkbox"/>	Les résultats des tests diagnostiques doivent comprendre une copie de ce qui suit :
<input type="checkbox"/>	Résultats de tests en laboratoire attestant de la diminution de la fonction rénale avant la transplantation; résultats sanguins témoignant d'une anémie en cas de traitement à l'EPO
<input type="checkbox"/>	Relevés de pression artérielle; ECG, coronographie par tomographie, échocardiographie, angiographie coronarienne, etc., selon le cas, pour tout traitement par diurétique ou bêta bloquant
<input type="checkbox"/>	Renseignements additionnels (si nécessaire)
<input type="checkbox"/>	[Conformément aux spécifications de l'OAD]