



## Liste de vérification pour les demandes d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

### Affections musculosquelettiques

*Substances interdites : glucocorticoïdes par voie d'administration orale, rectale ou par injection (pour les narcotiques ou le cannabis, consulter la liste de vérification pour la gestion de la douleur)*

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.

Veillez 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.

Même s'ils sont interdits seulement en compétition, l'utilisation de *glucocorticoïdes* avant la compétition, particulièrement pendant la période de sevrage ([Notes explicatives sur la Liste des interdictions 2022](#)), peut entraîner un résultat positif lors d'un contrôle antidopage en compétition. Le cas échéant, les sportifs peuvent demander rétroactivement une AUT.

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Voici les exigences quant au formulaire de demande d'AUT :  |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Toutes les sections sont remplies de façon lisible  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Toutes les informations sont présentées en [la ou les langues précisées par l'OAD]  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Le médecin traitant a apposé sa signature   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Le sportif a apposé sa signature  |
| <input type="checkbox"/> | Le rapport médical doit comprendre les éléments suivants :  |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Antécédents médicaux : symptômes, première manifestation ou manifestation récurrente (y compris les dates), évolution de la maladie et score d'activité de la maladie, s'il y a lieu  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Résultats de l'examen clinique  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Interprétation des symptômes, des signes cliniques et des résultats de tests par un médecin   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Diagnostic  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Médicaments prescrits, y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration (notez que certaines voies d'administration des glucocorticoïdes sont interdites et que ces substances sont interdites en compétition seulement)* |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Réponse aux autres traitements (non interdits), s'il y a lieu   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Motifs pour lesquels les glucocorticoïdes étaient le traitement approprié compte tenu des conséquences fonctionnelles de la blessure ou de la maladie   |
| <input type="checkbox"/> | Les résultats des tests diagnostiques, s'il y a lieu, doivent comprendre une copie de ce qui suit : |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Résultats d'imagerie (radiographie, tomographie, échographie, IRM). Pour les blessures aiguës simples (p. ex., bursite), il est reconnu que l'imagerie peut ne pas être nécessaire ou facilement accessible.                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | Épreuves de laboratoire   |
| <input type="checkbox"/> | Renseignements additionnels fournis   |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | [Conformément aux spécifications de l'OAD]  |