

# Demande abrégée d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques AUTA

Veuillez compléter toutes les sections en majuscules ou en caractères d'imprimerie

beta-2 agonistes par inhalation <input type="checkbox"/>	Glucocorticoïdes par voie non systémique <input type="checkbox"/> *
--	---

\* signifie une administration autre qu'orale, rectale, intraveineuse et intramusculaire.  
Aucune AUT n'est nécessaire pour les glucocorticoïdes à visée cutanée.

## 1. Renseignements sur le sportif

Nom : .....	Prénom : .....	
Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (j/m/a) : .....
Adresse : .....		
Ville : .....	Pays : .....	Code postal : .....
Tél. : .....Courriel : .....		
<i>(avec code international)</i>		
Sport : ..... Discipline/Position : .....		
Organisation sportive internationale ou nationale : .....		

## 2. Renseignements médicaux

Diagnostic : .....
.....
.....
.....
<b>N.B. Une AUTA peut être révisée à tout moment par l'OAD et/ou l'AMA</b>

Substance(s) interdite(s) : <b><u>Nom générique (DCI)</u></b>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			
<b>Durée prévue du traitement :</b> (veuillez cocher la case adéquate)	Une seule dose <input type="checkbox"/> urgence <input type="checkbox"/> ou durée : .....		

### 3. Déclaration du médecin et du sportif

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

**Nom :** .....

**Spécialité médicale :** .....

**Adresse :** .....

**Tél. :** ..... **Télécopieur :** .....

**Courriel :** .....

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

Je, ....., 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 à l'organisation antidopage (OAD), au personnel de l'AMA et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), ainsi qu'à toute autre organisation antidopage définie par le Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit de ces organisations d'obtenir en mon nom mes renseignements médicaux, je dois en aviser mon médecin traitant et mon OAD par écrit.

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

**Signature d'un des parents ou du tuteur légal :** .....

**Date :** .....

(Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom)

**Une fois le formulaire complété veuillez le transmettre à l'organisation antidopage et en garder une copie. Tout formulaire incomplet sera retourné et nécessitera une nouvelle soumission.**