

Demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques Abrégée

*Dernier alinéa de l'article L.232-2 du code du sport,
Décret du 25 mars 2007 relatif aux modalités de délivrance des autorisations
d'utilisation à des fins thérapeutiques*

NB. Veuillez compléter en caractères d'imprimerie ou par informatique toutes les mentions obligatoires identifiées par un astérisque (*).

Tout formulaire illisible sera retourné et nécessitera une nouvelle soumission.

Il est conseillé de déposer le dossier au moins trente jours avant la première compétition pour laquelle l'autorisation est demandée.

Béta – 2 agonistes par voie inhalée <input type="checkbox"/> Salbutamol/Terbutaline/Salmétérol/Formotérol	Glucocorticoïdes par voie non systémique^(a) <input type="checkbox"/>
---	--

^(a) signifie une administration autre qu'orale, rectale, intraveineuse et intramusculaire. Les préparations topiques de glucocorticoïdes utilisées pour traiter des affections dermatologiques (auriculaires, nasales, ophtalmologiques, buccales, gingivales et péri-anales) ne nécessitent pas d'AUT.

1. Renseignements sur le (la) sportif(ve) - A remplir par l'intéressé(e)

Nom * : Prénom* :

Pour les mineurs, identité d'un des parents ou du tuteur légal

Nom * : Prénom* :

Sexe* : Femme Homme Date de naissance* (jj/mm/aa) :

Adresse * :

Ville * : CP * :

Pays * :

Tél (**): Courriel(**) :

Fax (**): Tél port (**):

Sport* : Discipline

Sportif de niveau international, ou de niveau national mais inscrit sur la liste des sportifs soumis aux contrôles de l'AMA ou de sa fédération internationale *:
 Oui Non

Organisation sportive nationale :

Si Handicap, Précisez* :

*(**) Pour permettre une notification plus rapide de la réception de la demande complète.*

CONFIDENTIEL

2. Déclaration du (de la) sportif(ve) - A remplir par l'intéressé(e)

Avez-vous déjà demandé une AUT *?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
A quel organisme* ?		
Pour quelle(s) substance(s)* ?		
Décision* : Acceptée <input type="checkbox"/>	Refusée <input type="checkbox"/>	
A quelle date ?		
Si vous êtes licencié(e) d'une fédération française, avez-vous bien informé celle-ci de la présente demande d'AUT* ?		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
N° de licence : Fédération :		
Première compétition pour laquelle je souhaiterais bénéficier de cette autorisation (date) :,		
Je soussigné(e),*, certifie que les renseignements des points 1 et 2 sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la liste des interdictions en vigueur en France.		
<input type="checkbox"/> Dans le cas d'un traitement comprenant des corticoïdes, je certifie avoir été informé par le médecin des éventuels effets secondaires.		
Signature :		
- du (de la) sportif(ve)*:	Date*:	
- d'un des parents du sportif mineur ou du tuteur légal	Date*:	

Après avoir complété le formulaire, le sportif, ou son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé, doit le transmettre à l'Agence française de lutte contre le dopage par courrier avec avis de réception et en conserver une copie. L'Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques abrégées est, sauf avis contraire, réputée acquise dès réception par l'Agence française de lutte contre le dopage du dossier complet de la demande. Cette réception est notifiée par un courrier d'accusé de réception spécifique transmis par l'Agence à cet effet. Une demande incomplète donnera lieu à notification des pièces manquantes, l'autorisation ne pouvant être considérée comme accordée tant que l'ensemble des pièces nécessaires n'aura pas été fourni (cf. site internet www.afl.fr).

CONFIDENTIEL

3. Renseignements médicaux - A remplir par le médecin

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire* :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si une médication autorisée peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique justifiant l'utilisation d'une médication interdite* :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Médicament (s) concerné (s) - A remplir par le médecin

Nom de spécialité* et Dénomination commune internationale* (substance active)	Date de début du traitement et durée prévue*	Posologie*	Voie d'administration*	Fréquence d'administration*
1.				
2.				
3.				
4.				

CONFIDENTIEL

5. Déclaration du médecin - A remplir par le médecin

Je soussigné(e), * Dr..... (Nom et prénom) 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.

Spécialité médicale * :

N° d'enregistrement au Conseil National de l'Ordre :

Adresse * :

Tél : Fax :

Courriel :

Dans le cas d'un traitement comprenant des corticoïdes, je certifie avoir informé mon patient des éventuels effets secondaires.

Signature du médecin* :

Date :

Tampon *:

NB. CAS DU RENOUELEMENT : L'Autorisation d'usage thérapeutique ne peut être délivrée que pour la durée du traitement prescrit, dans la limite d'un an. Cependant, dans le cas d'une pathologie chronique - même pathologie et traitement exactement identique d'une année à l'autre (substance, posologie, durée...) -, il est possible de demander un simple renouvellement, sans redéposer un dossier comprenant l'ensemble des justificatifs médicaux exigés à la première demande. La procédure de renouvellement n'est cependant possible que si la décision initiale d'autorisation par l'AFLD l'a prévu. Il convient à cet égard de préciser que les examens médicaux ne sont valables que pour un maximum de deux ans, et que la demande de renouvellement doit, en tout état de cause, être accompagnée de nouvelles ordonnances. Lors d'un renouvellement, l'AFLD se réserve le droit de demander d'autres pièces justificatives, en fonction de la pathologie.

CONFIDENTIEL

Transmission d'informations à l'Agence mondiale antidopage

- A remplir par le(la) sportif(ve)

En application de l'article 13 du décret du 25 mars 2007 relatif aux modalités de délivrance des AUT, l'AFLD transmettra à l'Agence mondiale antidopage les décisions et les refus d'AUT qu'elle délivre, pour les sportifs de niveau international ou de niveau national mais inscrits sur la liste des sportifs soumis aux contrôles de l'AMA ou de la fédération internationale concernée.

Je soussigné(e)*, autorise la transmission, sous une forme garantissant la confidentialité, au médecin de l'Agence mondiale antidopage (AMA) chargé de la gestion des AUT, lui-même tenu au secret professionnel du formulaire de demande et, le cas échéant, du compte-rendu médical du comité de médecins ayant examiné ma demande.

Signature(s) :

-du (de la) sportif(ve)*:

Date*:

- d'un des parents du sportif mineur ou du tuteur légal*

Date*:

CONFIDENTIEL

Nous vous informons que tous les dossiers doivent comporter les informations et les pièces suivantes. Si votre dossier est incomplet, nous vous renverrons celui-ci.

De plus, nous vous conseillons de consulter notre site internet (www.afld.fr) pour compléter la liste des documents.

CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES

Eléments de nature administrative

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Envoi par le sportif en AR | <input type="checkbox"/> |
| Ecriture lisible | <input type="checkbox"/> |
| Mentions obligatoires remplies | <input type="checkbox"/> |
| Français / Anglais | <input type="checkbox"/> |
| Signature du sportif | <input type="checkbox"/> |
| Signature et tampon du médecin | <input type="checkbox"/> |

Eléments d'information médicale exigés dans tous les dossiers

- | | |
|---|--------------------------|
| Nom commercial du médicament (spécialité) | <input type="checkbox"/> |
| Nom de la substance (dénomination commune internationale) | <input type="checkbox"/> |
| Posologie | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents | <input type="checkbox"/> |
| Histoire de la maladie | <input type="checkbox"/> |
| Interrogatoire de la maladie | <input type="checkbox"/> |
| Photocopie de (s) ordonnance (s) | <input type="checkbox"/> |

Pièces supplémentaires à fournir pour :

- les pathologies asthmatiformes :
 - o exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesure,
 - o test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, y compris la courbe de mesure,
 - o test d'hypperréactivité bronchique à la métacholine, y compris la courbe de mesure.

- les pathologies tendineuses :
 - o compte rendu d'imagerie médical (radio, échographie...),
 - o photocopie des ordonnances antérieures,
 - o prescription de moyen de contention (attelles, strapping, aircast...),
 - o Détail de la prescription :
 - prescription antalgique,
 - prescription anti inflammatoire non stéroïdien.

CONFIDENTIEL