

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

Après avoir complété le formulaire, le (la) sportif(ve), ou son représentant légal doit le transmettre au Comité Monégasque Antidopage (CMA) par courrier recommandé avec avis de réception postal et en conserver la copie.

Le dossier est à envoyer à :

**Comité Monégasque Antidopage
Stade Louis II – Entrée E
13 av. des Castelans
98000 MONACO**

**Pour toute demande d'information contacter le Comité Monégasque Antidopage
au +377 97 77 56 49**

Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

Veillez compléter toutes les sections en lettres majuscules. Le sportif doit compléter les sections 1, 5, 6 et 7; le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 4.

1. Renseignements sur le sportif

Nom :Prénom :

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

Adresse :

Ville : Pays : Code Postal :

Tél. : Courriel :
(avec code international)

Sport : Discipline/Position :

Organisation sportive internationale ou nationale :

Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel :

2. Renseignements médicaux (continuez sur une feuille supplémentaire si nécessaire)

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire (Note 1):

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Note 1 : **Diagnostic**

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.

L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés Informations médicales pour éclairer les décisions des CAUT, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site Web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>). Ces lignes directrices portent sur le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections qui touchent couramment les sportifs et nécessitent un traitement par des substances interdites.

3. Médicament(s) concerné(s)

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

4. Déclaration du médecin

Je, soussigné, certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.

Nom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Tél : **Télécopieur :**

Courriel :

Signature du médecin : **Date :**

5. Demandes rétroactives

Cette demande est-elle rétroactive ?

Oui :

Non :

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ?

Veillez indiquer la raison :

Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë

En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon

Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables

Autre raison
Veillez expliquer :

6. Demandes antérieures

Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé ?

Oui

Non

Pour quelle substance ou méthode ?

.....

Auprès de
qui ?..... Quand ?.....

Décision : Approuvée

Refusée

A quelle date ?.....

7. Déclaration du sportif

Je soussigné(e),, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 5, 6 et 7 sont exactes. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels au Comité Monégasque Antidopage (CMA), au personnel de l'AMA et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), et à d'autres CAUT d'Organisations Nationales Antidopage et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et des procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements ; (2) exercer mon droit de correction ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur a santé, je dois en informer par écrit mon médecin et le Comité Monégasque Antidopage. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celle du pays où je réside.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'Agence Mondiale Antidopage ou du Tribunal Arbitral du Sport si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et avec le Standard International pour la protection des renseignements personnels.

Signature du sportif : **Date :**

Signature d'un des parents ou tuteur légal : **Date :**

(Si le sportif est mineur ou présente un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur doit le signer en son nom.)

Confidentialité

Le comité Monégasque Antidopage, a mis en place un traitement appelé « application antidopage en principauté » qui comporte des informations nominatives. Les renseignements qui vous sont demandés sont obligatoires, afin de respecter la législation antidopage. Les destinataires des informations sont l'Agence Mondiale Antidopage, les Organisations Nationales Antidopage, les Fédérations Sportives auxquelles vous appartenez et votre médecin. En application de l'article 13 de la Loi du 23 décembre 1993 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives traitées par le Comité Monégasque Antidopage en vous rendant au Comité Monégasque Antidopage ou sur demande écrite.