



AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES ABREGEE AUTA

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

* Une administration autre qu'orale, rectale, intraveineuse et intramusculaire.
Aucune AUTA n'est nécessaire pour les glucocorticostéroïdes en application cutanée.

Veillez compléter toutes les sections en caractères d'imprimerie en français ou anglais

Envoyer à : UCI, Commission Antidopage, 1860 AIGLE - Suisse
Ou par fax au : +41.24.468.59.48 Ou par e-mail à : medical@uci.ch

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF

Nom : _____	Prénoms : _____
Adresse : _____	Code Postal : _____
Ville : _____	Pays : _____
Date de naissance (j/m/a) : _____	Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/>
Téléphone : _____	Tél. portable : _____
Fax : _____	E-mail : _____
Discipline : _____	Equipe : _____
Fédération Nationale : _____	Agence Nationale Antidopage : _____

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Diagnostic (N.B. Une AUTA peut être révisée à tout moment par l'UCI et/ou l'AMA) :

Examens médicaux / Tests réalisés : _____

CONFIDENTIEL

Substance(s) prescrite(s) NOM GENERIQUE	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			
4.			
Durée prévue du traitement (Cochez la case adéquate)	Une seule dose <input type="checkbox"/> Une année <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Ou spécifiez la durée (semaines/mois): _____		

3. DECLARATIONS DU MEDECIN TRAITANT

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. : _____ Fax : _____

Email : _____

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____

4. DECLARATIONS DU SPORTIF

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. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'UCI ainsi qu'au personnel de l'AMA et au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA, ainsi qu'à toute autre organisation antidopage en vertu du Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit du CAUT de l'UCI ou du CAUT de l'AMA d'obtenir mes renseignements de santé en mon nom, je dois en aviser mon médecin traitant par écrit.

Signature du sportif : _____ Date : _____

Signature du parent/représentant légal : _____ Date : _____

(Si le sportif est mineur un parent ou un représentant légal devra signer avec lui ou en son nom)

Tout formulaire incomplet sera retourné et nécessitera une nouvelle soumission.

Une fois le formulaire complété veuillez le transmettre à l'UCI et en garder une copie.