



AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES STANDARD

Je demande l'approbation de l'UCI pour l'usage à des fins thérapeutiques d'une substance interdite (cf. Liste des substances et méthodes interdites).

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 médicaux

Diagnostic argumenté avec l'information médical nécessaire (voir 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: _____ _____ _____

CONFIDENTIEL

3. Médicament(s) concerné(s)

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

Avez-vous déjà demandé une AUT ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pour quelle substance ? _____			
A qui ? _____		Quand ? _____	
Décision :	Acceptée <input type="checkbox"/>	Refusée <input type="checkbox"/>	

4. Déclarations du médecin

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 : _____

5. Déclarations 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)

6. Note

Note 1

Diagnostic : La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe à la présente demande. Elle devrait inclure l'historique clinique complet, et les résultats de tout examen pertinent, analyse de laboratoire et étude par imagerie. Des copies des rapports ou lettres originaux devraient être inclus si possible. La preuve devrait être aussi objective que possible dans les circonstances cliniques et, dans le cas de conditions non démontrables, une opinion médicale indépendante appuiera la présente demande.

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.