

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

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

Tout formulaire doit être complété lisiblement en français ou en anglais.

Toute demande doit être accompagnée d'un **chèque d'un montant de 30€** libellé à l'ordre de l'agent comptable de l'AFLD, correspondant à la participation forfaitaire aux frais d'instruction. Le rejet de la demande d'AUT n'ouvre pas droit au remboursement de cette participation.

Sauf urgence médicale, état pathologique aigu ou circonstances exceptionnelles, le dossier complet de la demande doit être déposé **rente jours avant la première compétition** pour laquelle l'autorisation est demandée.

Après avoir complété le formulaire, le sportif, ou son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé, doit le transmettre à l'AFLD par **courrier avec avis de réception** et en conserver une copie.

Si le dossier de demande est incomplet, l'AFLD notifiera les pièces manquantes, le délai de trente jours pour examiner le dossier ne commençant qu'à réception par l'Agence de l'ensemble des pièces nécessaires (cf. [www.aflD.fr](http://www.aflD.fr)).

### 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** : .....

**Fédération \*** : .....

**Sport \*** : ..... **Discipline/Poste** .....

Vous participez à des compétitions internationales, l'AMA ou votre fédération internationale vous a informé que vous faisiez partie des sportifs soumis à leurs contrôles \*:

Oui  Non

Organisation sportive nationale : .....

Si handicap, Précisez\* : .....

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

**Avez-vous déjà demandé une AUT \*?** Oui  Non

**A quel organisme\* ?** .....

**Pour quelle(s) substance(s)\* ?** .....

**Décision\* :** Acceptée  Refusée

**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  Non

**N° de licence :** ..... **Fédération :** .....

**Première compétition pour laquelle je souhaiterais bénéficier de cette autorisation (date):** .....

**Si cette compétition a lieu dans moins de trente jours à compter de la demande, justifier l'urgence médicale, l'état pathologique aigu, ou les circonstances exceptionnelles :** .....

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.

**Signature(s) :**

-du (de la) sportif(ve)\*: ..... Date\*: .....

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

Date\*: .....

### 3. Renseignements médicaux - A remplir par le médecin

La preuve médicale justifiant la présente demande doit être jointe à celle-ci. La preuve médicale doit inclure l'histoire médicale et les résultats de tout examen pertinent, des analyses de laboratoire et d'imagerie. Des copies des rapports originaux ou des courriers doivent être également jointes. L'argumentaire développé doit être aussi objectif que possible en ce qui concerne les circonstances cliniques.

#### 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

En cas d'utilisation conjointe, par voie inhalée, de bêta-2 agonistes et de glucocorticoïdes, ce formulaire vaut automatiquement déclaration d'usage pour les glucocorticoïdes.

Nom du médicament*	Substance active selon la Dénomination commune internationale*	Posologie*	Voie d'administration*	Fréquence d'administration*
1.				
2.				
3.				
4.				

#### Précisez la date de début (jj/mm/aaaa) et la durée du traitement\* :

.....  
.....

## 5. Déclaration du médecin - A remplir par le médecin

Je soussigné(e), ..... (Nom et prénom du prescripteur) 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** : .....

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

**Tampon \***:

**CAS DU RENOUELEMENT : l'autorisation d'usage thérapeutique ne peut être délivrée que 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 respectivement valables que pour un maximum de quatre ans pour les pathologies asthmatiformes et de deux ans pour ce qui concerne les autres pathologies. Dans tous les cas, la demande de renouvellement doit être accompagnée de nouvelles ordonnances.*

*Lors d'un renouvellement, l'AFLD se réserve le droit de demander toute pièce justificative qu'elle juge utile à l'examen du dossier.*

CONFIDENTIEL

Formulaire 2009, délibération n° 120 du 8 janvier 2009

Page 4 sur 6

## **Transmission d'informations à l'Agence mondiale antidopage (AMA)**

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

**1°) Si vous avez déclaré, dans la rubrique 1. Renseignements sur le (la) sportif (ve), participer à des compétitions organisées par des fédérations internationales ou appartenir au groupe cible de l'AMA ou d'une fédération internationale, l'AFLD transmet à l'AMA, en application de l'article R. 232-84 du code du sport, votre demande d'AUT ainsi que la décision d'acceptation ou de refus de cette demande. Cette transmission s'effectue 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.**

**2°) Si vous avez répondu négativement dans la rubrique 1°) susmentionnée, vous pouvez choisir d'autoriser ou de refuser la transmission à l'AMA, par l'AFLD, de votre demande d'AUT ainsi que de la décision d'acceptation ou de refus (cf. ci-après).**

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 du compte-rendu médical du comité de médecins chargé d'examiner ma demande.

Signature(s) :

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

Date\*: .....

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

Date\*: .....

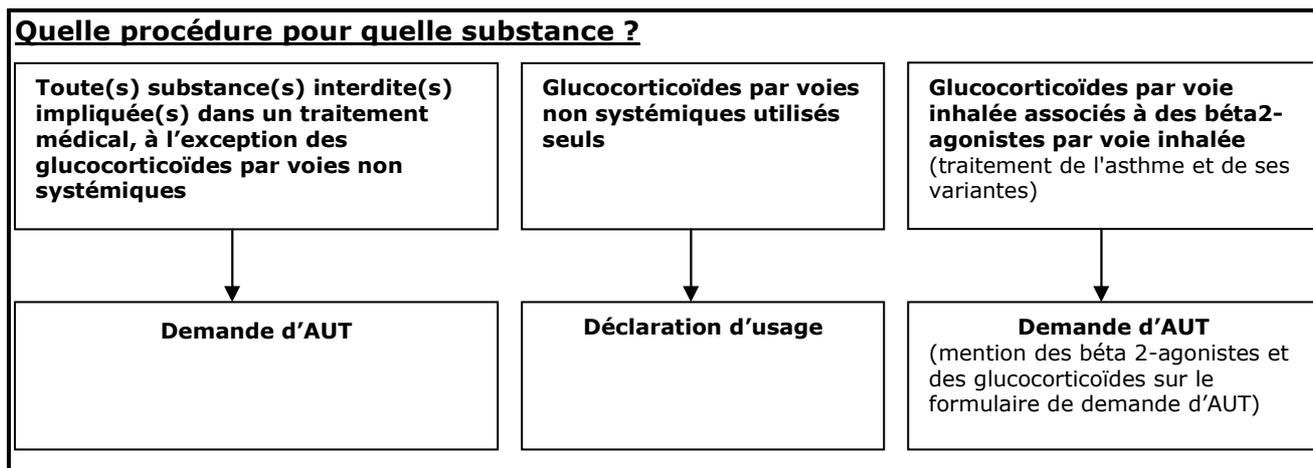
***Conformément à l'article 9.1 de l'annexe II (standard pour l'AUT) de la Convention internationale contre le dopage dans le sport adoptée à Paris le 19 octobre 2005, dite convention de l'UNESCO, l'AMA peut demander la transmission de l'ensemble des éléments du dossier correspondant.***

**CONFIDENTIEL**

**Formulaire 2009, délibération n° 120 du 8 janvier 2009**

**Page 5 sur 6**

## CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES



### Eléments de nature médicale exigés dans tous les dossiers

Nom commercial du médicament	<input type="checkbox"/>
Dénomination commune internationale (substance)	<input type="checkbox"/>
Posologie	<input type="checkbox"/>
Voie et fréquence d'administration	<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 dans les hypothèses suivantes :

- 1. Asthme :**
  - exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesure ;
  - test de réversibilité sous béta-2 agonistes, y compris la courbe de mesure ;
  - test d'hyperréactivité bronchique, y compris la courbe de mesure.
- 2. Asthme allergique :**
  - exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesure ;
  - test de réversibilité sous béta-2 agonistes, y compris la courbe de mesure ;
  - test d'hyperréactivité bronchique, y compris la courbe de mesure ;
  - prick test (test allergique) ;
  - compte rendu de bilan biologique.
- 3. Asthme d'effort :**
  - exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesure ;
  - test de réversibilité sous béta-2 agonistes, y compris la courbe de mesure ;
  - test de terrain ou test laboratoire ou test isocapnique ou test d'hyperréactivité bronchique, y compris la courbe de mesure.
- 4. les pathologies tendineuses :**
  - compte rendu d'imagerie médicale (radio, échographie...) ;
  - photocopie des ordonnances antérieures ;
  - prescription de moyen de contention (attelles, strapping, aircast...) ;
  - détail de la prescription :
    - prescription antalgique,
    - prescription anti inflammatoire non stéroïdien.
- 5. Hypertension artérielle (HTA) :**
  - mesure ambulatoire de la pression artérielle sur une durée de vingt-quatre heures ;
  - échographie cardiaque ;
  - résultat d'une épreuve d'effort ;
  - électrocardiogramme (avec 12 dérivations de repos).

NB. Les examens médicaux doivent dater de quatre ans au plus pour les pathologies asthmatiformes (1,2 et 3) et de deux ans au plus dans les autres cas.