

Déclaration d'Usage

Votre formulaire doit être complété lisiblement en français ou en anglais. Toute utilisation par un sportif de **glucocorticoïdes par voies non systémiques, à savoir les injections intra-articulaires, périarticulaires, péri-tendineuses, épidurales, intradermiques, doit faire l'objet d'une déclaration d'usage** auprès de l'AFLD. Cette déclaration est exempte de toute participation financière.

Conformément au Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques, **les bêta-2 agonistes sont interdits, à l'exception du Salbutamol (maximum 1 600 microgrammes par 24 heures) et du Salmétérol par voie inhalée, qui doivent faire l'objet d'une déclaration d'usage** auprès de l'AFLD. Cette déclaration est exempte de toute participation financière.

Dans le cadre d'un traitement ayant recours à des **glucocorticoïdes par voie inhalée et à des bêta 2-agonistes par voie inhalée (hors Salbutamol et Salmétérol)** également, c'est la **procédure de demande d'AUT** qui s'applique. Dans ce cas, la demande d'AUT, qu'elle soit ou non acceptée, vaut automatiquement **déclaration d'usage** pour les glucocorticoïdes par voie inhalée, Salbutamol et Salmétérol.

Les déclarations d'usage doivent être adressées à l'Agence, soit à son adresse postale (AFLD, cellule médicale, 229 boulevard Saint germain, 75007 Paris), soit par télécopie (01 40 62 77 39), soit par voie électronique et en conserver une copie. **Un guide d'informations à destination des utilisateurs est consultable sur le site www.aflld.fr dans la rubrique AUT.**

1. Renseignements sur le (la) sportif(ve) – EN LETTRES MAJUSCULES

A remplir par l'intéressé(e)

Nom :		Prénom :	
<i>Pour les mineurs, identité d'un des parents ou du tuteur légal</i>			
Nom :		Prénom :	
Sexe : Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aa) :	
Adresse :			
Ville :		CP :	Pays :
Tél. :		Courriel :	
Sport :		Discipline :	
Niveau de compétition le plus élevé atteint au cours de la présente saison sportive :			
<input type="checkbox"/> SHN	<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL	<input type="checkbox"/> NATIONAL	<input type="checkbox"/> RÉGIONAL <input type="checkbox"/> DÉPARTEMENTAL
Signature du sportif :			

CONFIDENTIEL

2. Diagnostic – EN LETTRES MAJUSCULES - A remplir par le médecin

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

3. Médicament (s) concerné (s) - EN LETTRES MAJUSCULES - A remplir par le médecin

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

Précisez la date de début (jj/mm/aa) et la durée du traitement :

.....
.....

4. Informations relatives au médecin – EN LETTRES MAJUSCULES

A remplir par le médecin

Nom et prénom :

Spécialité médicale :

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

Adresse :

Tél. : **Fax :**

Courriel :

Signature du médecin :

Date :

Tampon :

CONFIDENTIEL