

## RENOUVELLEMENT d'Autorisation d'usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

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

À remplir par l'intéressé(e)

<b>Nom *</b> :	<b>Prénom *</b> :			
<hr/>				
<i>Pour les mineurs, identité d'un des parents ou du tuteur légal</i>				
Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>		
<b>Nom *</b> :	<b>Prénom *</b> :			
<hr/>				
<b>Sexe *</b> : Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/>	<b>Date de naissance *</b> (jj/mm/aa) :		
<b>Adresse *</b> :				
<b>Ville *</b> :	<b>Code Postal *</b> :	<b>Pays *</b> :		
<b>Tél. *</b> :	<b>Courriel</b> :			
<b>Fédération *</b> :	<b>Sport *</b> :	<b>Discipline</b> :		
<b>Niveau de compétition le plus élevé atteint au cours de la présente saison sportive :</b>				
<input type="checkbox"/> SHN	<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL	<input type="checkbox"/> NATIONAL	<input type="checkbox"/> RÉGIONAL	<input type="checkbox"/> DÉPARTEMENTAL
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 <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		
Organisation sportive nationale :				
Si handicap, précisez * :				

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

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

Après avoir complété le formulaire, le (la) sportif(ve), ou son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé, doit le transmettre à l'AFLD par **courrier avec accusé de réception** et en conserver la copie. Le dossier est à envoyer à :

**AFLD - Cellule médicale**  
**229 boulevard Saint-Germain, 75007 Paris**  
ou par **télécopie au 01 40 62 76 83**

Si le dossier de demande est incomplet, l'AFLD notifiera les pièces manquantes. Le délai de trente jours pour examiner le dossier ne commence qu'à réception par l'Agence de l'ensemble des pièces nécessaires. **Un guide d'informations à destination des utilisateurs est consultable sur le site [www.aflD.fr](http://www.aflD.fr) dans la rubrique AUT.**

**CONFIDENTIEL**

Formulaire 2012, délibération n° 205 du 5 janvier 2012

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

Avez-vous déjà demandé une AUT * ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
À quel organisme * ?		
Pour quelle(s) substance(s) * ?		
Décision * :	Acceptée <input type="checkbox"/>	Refusée <input type="checkbox"/>
À quelle date ?		
Si vous êtes licencié(e) d'une fédération française, avez-vous bien informé celle-ci de la présente demande d'AUT * ?		
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
N° de licence :	Fédération :	
Première compétition pour laquelle je souhaite bénéficier de cette autorisation (date) :		
<b><u>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 :</u></b>		
Je soussigné(e) *,		
certifie que les renseignements des points 1. Renseignements et 2. Déclaration 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.		
<b><u>Signature(s) :</u></b>		
- du (de la) sportif(ve) * :	Date * :	
- d'un des parents du sportif mineur ou du tuteur légal *	Date * :	

Toutes les mentions obligatoires sont identifiées par un astérisque (\*).

Le responsable du traitement administratif du dossier est le médecin de l'Agence française de lutte contre le dopage. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire les demandes d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

Les destinataires des données sont :

- Le médecin de l'Agence française de lutte contre le dopage ;
- Le comité de médecins experts placés auprès de l'Agence est destinataire des seules données médicales, la partie des informations relatives à l'identité étant occultée préalablement à la transmission.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service médical de l'Agence française de lutte contre le dopage, 229 boulevard Saint-Germain 75007 Paris.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**CONFIDENTIEL**

Formulaire 2012, délibération n° 205 du 5 janvier 2012

### 3. Renseignements médicaux - À 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, les analyses de laboratoire et d'imagerie. Les copies des rapports originaux ou des courriers doivent être également jointes.

**Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire \* :**

**Lorsqu'une médication autorisée ne peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique justifiant l'utilisation d'une médication interdite \* :**

### 4. Médicament(s) concerné(s) - EN LETTRES MAJUSCULES À remplir par le médecin

Nom du médicament *	Substance active selon la Dénomination commune internationale *	Posologie *	Voie d'administration *	Fréquence d'administration *

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

**CONFIDENTIEL**

Formulaire 2012, délibération n° 205 du 5 janvier 2012

Page 3 sur 6

## 5. Déclaration du médecin – EN LETTRES MAJUSCULES

À 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.		
<b>Spécialité médicale * :</b>		
<b>N° d'enregistrement au Conseil National de l'Ordre * :</b>		
<b>Adresse * :</b>		
<b>Tél. :</b>	<b>Fax :</b>	
<b>Courriel :</b>		
<b>Signature du médecin * :</b>		<b>Date * :</b>
<b>Tampon * :</b>		

### CAS DU RENOUELEMENT :

L'autorisation d'usage thérapeutique **ne peut être délivrée que pour 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 prévue. 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 uniquement et au cas par cas pour les autres pathologies.

**Dans tous les cas, la demande annuelle de renouvellement doit être accompagnée des 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 2012, délibération n° 205 du 5 janvier 2012

Page 4 sur 6

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

À remplir par le (la) sportif(ve) EN LETTRES MAJUSCULES

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, la décision d'acceptation ou de refus de votre demande d'AUT. 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 au 1°) ci-dessus, vous avez déclaré, dans la rubrique « 1. Renseignements sur le (la) sportif(ve) », ne pas participer à des compétitions organisées par des fédérations internationales ou ne pas appartenir au groupe cible de l'AMA ou d'une fédération internationale, 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.***

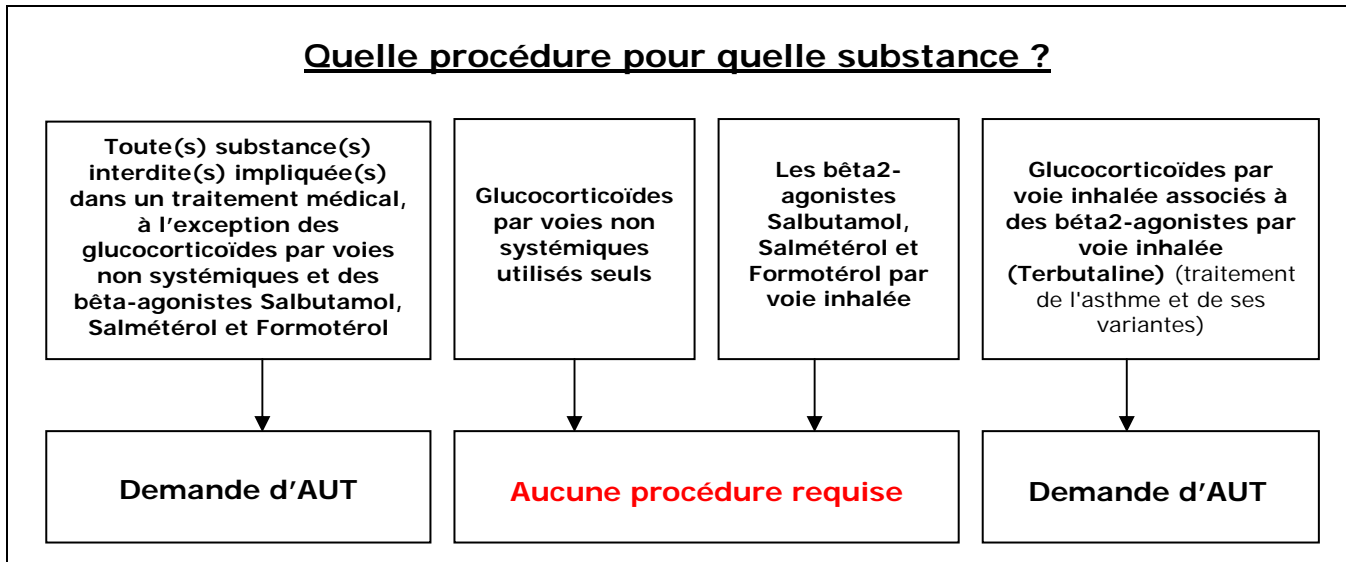
**CONFIDENTIEL**

Formulaire 2012, délibération n° 205 du 5 janvier 2012

**Page 5 sur 6**

## CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES

### Quelle procédure pour quelle substance ?



Tous les échanges de courrier se font par recommandé avec AR. La réponse sera adressée au sportif, ou à son tuteur légal s'il s'agit d'un mineur.

#### *Éléments 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"/>
Photocopie de(s) ordonnance(s)	<input type="checkbox"/>
Interrogatoire de la maladie	<input type="checkbox"/>

#### *Pièces supplémentaires à fournir dans les hypothèses suivantes :*

- Asthme :**
  - exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesures ;
  - test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, y compris la courbe de mesures ;
  - test d'hyperréactivité bronchique, y compris la courbe de mesures.
- Asthme allergique :**
  - exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesures ;
  - test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, y compris la courbe de mesures ;
  - test d'hyperréactivité bronchique, y compris la courbe de mesures ;
  - prick test (test allergique) ;
  - compte rendu de bilan biologique.
- Asthme d'effort :**
  - exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesures ;
  - test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, y compris la courbe de mesures ;
  - test de terrain ou test laboratoire ou test isocapnique ou test d'hyperréactivité bronchique, y compris la courbe de mesures.
- les pathologies tendineuses :**
  - compte rendu d'imagerie médicale (radio, échographie...) ;
  - photocopie des ordonnances antérieures ;
  - prescription de moyen de contention (attelles, strapping, aircast...) ;
  - détails de la prescription :
    - prescription antalgique,
    - prescription anti inflammatoire non stéroïdien.
- 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.*

**CONFIDENTIEL**

Formulaire 2012, délibération n° 205 du 5 janvier 2012