



Demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Veillez remplir toutes les sections (en lettres majuscules ou électroniquement). L'athlète remplit les sections 1, 2, 3 et 7; le médecin remplit les sections 4, 5 et 6. Toute demande illisible ou incomplète sera retournée et devra être présentée de nouveau dans une forme acceptable. Conservez une copie de la demande dans vos dossiers.

Transmettez le formulaire et les documents justificatifs au CCES **par courriel** à tue-aut@cces.ca, **par télécopieur** au 613 521-3134 ou **par la poste** à l'adresse suivante : Services aux athlètes, CCES, 201-2723, chemin Lancaster, Ottawa (Ontario) K1B 0B1.

1. Renseignements sur l'athlète

Nom de famille :		Prénom :	
Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	jj / mm / aaaa
Pronoms :			
Adresse postale :			
Ville :		Province ou État :	
Pays :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	
Sport :		Discipline :	
Êtes-vous un athlète de niveau international (selon la définition de votre fédération internationale)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
Si vous savez que vous participerez à un événement international, indiquez le nom et la date de l'événement :			
Si vous êtes un para-athlète ayant un handicap physique, indiquez la nature du handicap :			

2. Demandes antérieures

Avez-vous déjà présenté une demande d'AUT à une autre organisation antidopage pour le même problème de santé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s)?		
À quelle organisation?		
Date de la demande antérieure :		
Décision :	<input type="checkbox"/> Approbation	<input type="checkbox"/> Refus

3. Demandes rétroactives

Veillez remplir cette section uniquement si vous demandez une AUT à titre rétroactif. Consultez la page Web des AUT rétroactives pour déterminer si cette section s'applique à vous.

Demandez-vous une AUT à titre rétroactif?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé?	Date (jj/mm/aaaa) :	jj / mm / aaaa

Pour qu'une demande d'AUT rétroactive puisse être examinée, il faut qu'un ou plusieurs des critères du *Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques* (SIAUT) soient remplis. Veuillez cocher le ou les critères qui s'appliquent à votre situation :

- 4.1 a)** vous aviez besoin d'un traitement aigu ou d'urgence;
- 4.1 b)** vous avez disposé de délais insuffisants pour présenter une demande d'AUT (ou pour la faire évaluer) avant la collecte de l'échantillon, ou des circonstances exceptionnelles vous ont empêché de le faire;
- 4.1 c)** les règlements du Programme canadien antidopage ne vous autorisaient pas à demander une AUT à l'avance ou ne vous obligeaient pas à le faire;
- 4.1 d)** vous n'êtes pas un athlète relevant d'une fédération internationale ou d'une organisation nationale antidopage, et vous avez été contrôlé;
- 4.1 e)** vous avez obtenu un résultat de contrôle positif après avoir utilisé hors compétition une substance qui n'est interdite qu'en compétition, par exemple des glucocorticoïdes (voir la Liste des interdictions de l'AMA).

Explications :

4.3 Autres demandes rétroactives (SIAUT, article 4.3)

Dans des circonstances exceptionnelles et nonobstant toute autre disposition du SIAUT, vous pouvez demander et obtenir une AUT rétroactive pour une substance ou une méthode interdite si, au vu de l'objectif du Code mondial antidopage, il serait manifestement injuste de ne pas accorder d'AUT rétroactive. Si vous faites une demande en vertu de l'article 4.3 du SIAUT, veuillez expliquer en détail le raisonnement qui la sous-tend et joindre tous les documents justificatifs nécessaires.

Explications :

Le médecin remplit les sections 4, 5 et 6.

4. Renseignements médicaux (à remplir par le médecin)

Diagnostic. Veuillez utiliser la CIM-11 (onzième révision de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé), si possible.

Veuillez fournir une justification clinique de la prescription du médicament interdit si le problème de santé se traite avec un médicament autorisé. Expliquez quels médicaments autorisés ont déjà été essayés, le cas échéant.

5. Renseignements sur les médicaments (à remplir par le médecin)

Au moment de remplir cette section, le médecin aura peut-être à demander une approbation pour une dose précise (ex. : pour un patient dont les symptômes du TDAH ont été stabilisés de façon optimale) ou pour une gamme posologique (ex. : lorsque le traitement est commencé depuis peu ou doit nécessiter une optimisation en raison de circonstances changeantes).

Substances ou méthodes interdites : noms génériques	Posologie	Mode d'administration	Fréquence d'administration	Durée du traitement
Remplissez tout ce qui s'applique. Indiquez uniquement les médicaments qui contiennent une substance interdite selon la Liste des interdictions de l'AMA (DRO Global).	Ex. : 200 mg	Ex. : inhalation, injection locale	Ex. : 2 f.p.j., 4 f.p.j.	Ex. : une seule dose, un an, 6 mois, urgence
1.				
2.				
3.				

6. Déclaration du médecin praticien (à remplir par le médecin)

J'atteste que les renseignements figurant aux sections 4, 5 et 6 sont exacts. Je reconnais et je conviens que des organisations antidopage pourraient utiliser mes renseignements personnels pour communiquer avec moi relativement à la présente demande d'AUT afin de valider l'évaluation professionnelle en lien avec le processus d'AUT ou dans le cadre d'une enquête ou d'une procédure liée à une violation des règles antidopage. Je reconnais et je conviens également que mes renseignements personnels seront téléversés dans le Système d'administration et de gestion antidopage (ADAMS) à ces fins (voir la [Politique de confidentialité d'ADAMS](#) pour plus de détails).

Nom de famille :		Prénom :	
Spécialité médicale :		Numéro de permis :	
Adresse :			
Ville :		Province ou État :	
Pays :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	
Signature :		Date (jj/mm/aaaa) :	jj / mm / aaaa

Renseignements sur le médecin ayant posé le diagnostic (si différent du médecin traitant)

Nom de famille :		Prénom :	
Spécialité médicale :		Numéro de permis :	
Adresse :			
Ville :		Province ou État :	
Pays :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	

7. Déclaration de l'athlète

Je, _____, atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou une méthode qui figure sur la Liste des interdictions de l'Agence mondiale antidopage (AMA). J'autorise la communication des renseignements sur ma santé au Centre canadien pour l'éthique dans le sport (CCES) ou à d'autres organisations antidopage (OAD), de même qu'au personnel autorisé de l'AMA, au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA et à d'autres CAUT et membres du personnel autorisés du CCES ou d'OAD qui pourraient devoir les consulter en vertu du *Code mondial antidopage* (le « Code ») et/ou du *Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques*. Je consens à ce que mon ou mes médecins communiquent mes renseignements personnels et les renseignements sur ma santé qu'ils jugent nécessaires pour que ma demande soit étudiée et qu'une décision soit rendue.

Je consens à ce que mon ou mes médecins communiquent aux personnes susmentionnées mes renseignements personnels et les renseignements sur ma santé qu'ils jugent nécessaires pour que le CCES ou des OAD étudient ma demande et rendent une décision.

Je consens à ce que le CCES ou d'autres OAD utilisent et communiquent mes renseignements personnels et les renseignements sur ma santé aux fins décrites dans la présente demande ou tel que l'exige autrement la présente demande. Je consens à ce que le CCES ou d'autres OAD diffusent mes renseignements personnels et les renseignements sur ma santé à des tiers tel que l'exige le Code ou le SIAUT ou à toute autre fin découlant de la présente demande.

Je comprends et j'accepte que les destinataires des renseignements sur ma santé et de la décision prise à propos de la présente demande peuvent se trouver en dehors de la province ou du pays où je réside. Dans certains pays, les lois sur la protection des données et des renseignements personnels peuvent ne pas être équivalentes à celles de mon pays de résidence. J'autorise le CCES ou d'autres OAD à utiliser et à diffuser les renseignements sur ma santé dans une province ou un pays tiers si le Code ou le SIAUT l'exigent, ou à toute autre fin découlant de la présente demande.

Je comprends que mes renseignements seront utilisés uniquement pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'éventuelles enquêtes et procédures relatives à des violations des règles antidopage. Je comprends que, si je souhaite 1) en savoir plus sur l'utilisation de mes renseignements personnels ou des renseignements sur ma santé, 2) exercer mon droit d'accès et de correction ou 3) révoquer le droit des organisations susmentionnées d'obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et je conviens qu'il pourrait être nécessaire que des renseignements relatifs à une AUT qui ont été soumis avant la révocation de mon consentement soient conservés à la seule fin de trancher sur une éventuelle violation des règles antidopage, si le Code l'exige.

Je consens à ce que la décision relative à la présente demande soit mise à la disposition de toutes les OAD ou autres organisations ayant compétence à mon égard en matière de contrôle ou de gestion des résultats.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du Tribunal arbitral du sport si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et le *Standard international pour la protection des renseignements personnels*.

Cochez une case pour autoriser la communication de renseignements personnels sur la santé (**cochez une seule case**) :

- J'autorise la communication des renseignements sur ma santé aux membres de l'équipe soignante des grands jeux auxquels je pourrais participer, au médecin de mon équipe et à mon organisme national de sport.
- Je ne souhaite pas que les renseignements sur ma santé soient communiqués aux organisations susmentionnées, mais je comprends qu'ils pourraient être communiqués au CCES, à l'AMA, aux CAUT concernés et à ma fédération internationale.

Signature de
l'athlète :

Date (jj/mm/aaaa) :

jj / mm / aaaa

(Si l'athlète est mineur ou ne peut signer le formulaire lui-même en raison d'un handicap, un parent ou tuteur doit le signer avec lui ou en son nom.)

Nom de famille :		Prénom :	
Signature du parent ou tuteur :		Date (jj/mm/aaaa) :	jj / mm / aaaa

8. Consentement à la communication des renseignements

<p>Je, _____, autorise le CCES à communiquer mes renseignements médicaux associés à la présente demande d'AUT avec le personnel sportif ou médical de mon équipe ou avec un tiers, plus précisément _____ <u>nom(s)</u> _____. Je comprends que le CCES peut contacter cette ou ces personnes si des renseignements additionnels sont requis ou pour faire un suivi sur l'avancement de la présente demande.</p>			
Signature de l'athlète :		Date (jj/mm/aaaa) :	jj / mm / aaaa
<p><i>(Si l'athlète est mineur ou ne peut signer le formulaire lui-même en raison d'un handicap, un parent ou tuteur doit le signer avec lui ou en son nom.)</i></p>			
Nom de famille :		Prénom :	
Signature du parent ou tuteur :		Date (jj/mm/aaaa) :	jj / mm / aaaa