

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

Processus abrégé

Béta – 2 agonistes par inhalation glucocorticoïdes par voie non systémique *

* sont à considérer les inhalations et les infiltrations (articulaires et péri-tendineuses) de corticoïdes

Par la présente, je demande l'approbation de l'ALAD pour l'usage à des fins thérapeutiques d'une substance interdite qui fait partie de la Liste des substances et méthodes interdites de l'AMA, et est sujette au processus abrégé de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

Veillez compléter toutes les sections en lettres capitales

1. Renseignements sur le sportif

Nom : Prénoms :

Femme Homme

Adresse :

Ville : Pays : Code postal :

Date de naissance (j/m/a) :

Tél. bureau : Tél. privé : Portable :

e-mail : Fax :

Sport : Discipline/Position :

Organisation sportive nationale :

Si le sportif souffre d'un handicap, préciser le handicap :

2. Notification du médecin traitant

Nom, qualifications et spécialité médicale :.....
Adresse :..... e-mail :.....
Tél. bureau :.....Tél .privé :.....
Portable :.....Fax :.....

3. Renseignements médicaux

Diagnostic :.....
Examens médicaux / tests réalisés :
.....

Substance(s) interdite(s) : Nom générique	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			

Durée prévue de ce traitement médical	Une seule administration <input type="checkbox"/> urgence <input type="checkbox"/> Ou pendant (semaines / mois)
---------------------------------------	---

Renseignements supplémentaires

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

4. Déclaration du médecin traitant et du sportif

Je,, certifie que la ou les substances mentionnées ci-dessus pour le sportif sus-nommé a été ou ont été administrées comme traitement approprié pour l'état pathologique indiqué ci-dessus . De plus, je certifie que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la Liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique spécifié ci-dessus . Précisez les raisons :

.....

Signature du médecin traitant : **Date :**

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 de l'AMA. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'organisation antidopage, ainsi qu'au personnel de l'AMA et au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA en vertu du Code 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'organisation antidopage 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 ou du représentant légal :

Date :

(Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un représentant légal devra signer avec lui ou en son nom)

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être à nouveau soumises.

**Veuillez soumettre le formulaire complété à l'ALAD
par recommandé : B.P . 180, L-2011 Luxembourg
ou par Fax (+352) 247-83461**

et impérativement garder le récépissé de l'envoi ou l'accusé de réception du fax ainsi qu'une copie du formulaire complété pour vos dossiers.