



Liste de vérification pour les demandes d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Logo de l'OAD

Sinusite/rhinosinusite

Substances interdites : pseudoéphédrine, glucocorticoïdes

Cette liste de vérification vise à guider le sportif et son médecin dans les exigences à l'égard d'une demande d'AUT, qui permettront au Comité AUT d'évaluer si les critères pertinents du Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT) sont satisfaits.

Veillez noter que la soumission du seul formulaire de demande d'AUT rempli n'est pas suffisante; des documents d'appui DOIVENT être fournis. Une demande et une liste de vérification dûment remplies ne garantissent pas l'octroi d'une AUT. Inversement, dans certaines situations, une demande légitime peut ne pas comprendre tous les éléments de la liste de vérification.

<input type="checkbox"/>	Voici les exigences quant au formulaire de demande d'AUT :	
	<input type="checkbox"/>	Toutes les sections sont remplies de façon lisible
	<input type="checkbox"/>	Toutes les informations sont présentées en [la ou les langues précisées par l'OAD]
	<input type="checkbox"/>	Le médecin traitant a apposé sa signature
	<input type="checkbox"/>	Le sportif a apposé sa signature
<input type="checkbox"/>	Le rapport médical doit comprendre les éléments suivants :	
	<input type="checkbox"/>	Antécédents médicaux : symptômes précis (>2 des symptômes suivants : douleur faciale, obstruction nasale, sécrétions nasales purulentes/écoulement nasal, hyposmie/anosmie), intensité (y compris en contexte d'amélioration ou d'aggravation) et durée des symptômes en nombre de jours/semaines
	<input type="checkbox"/>	Résultats de l'examen clinique : congestion/obstruction nasale, sensation douloureuse de pression, écoulement nasal, altération de l'odorat
	<input type="checkbox"/>	Diagnostic
	<input type="checkbox"/>	Posologie (dose et fréquence) et voie d'administration de la pseudoéphédrine et/ou de la glucocorticoïde (ces deux substances sont uniquement interdites en compétition [glucocorticoïde : si administré systématiquement; pseudoéphédrine : si administrée à une dose dépassant la dose thérapeutique maximale de 240 mg par jour ou en préparation à libération prolongée])
	<input type="checkbox"/>	Motifs pour lesquels aucun traitement de remplacement non interdit n'est utilisé/suffisant et indication de la durée prévue du traitement
<input type="checkbox"/>	Les résultats des tests diagnostiques doivent comprendre une copie de ce qui suit :	
	<input type="checkbox"/>	Les épreuves de laboratoire (p. ex., culture nasale) sont facultatives
	<input type="checkbox"/>	Épreuves d'imagerie ou autres tests : confirmation du diagnostic par tomodensitométrie ou endoscopie (uniquement dans les cas chroniques)
<input type="checkbox"/>	Renseignements additionnels fournis	
	<input type="checkbox"/>	[Conformément aux spécifications de l'OAD]