



## Maladie inflammatoire de l'intestin

*Substance interdite : 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.

Veuillez 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"/> | <b>Voici les exigences quant au formulaire de demande d'AUT :</b>   |
| <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"/> | <b>Le rapport médical doit comprendre les éléments suivants :</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Antécédents médicaux, antécédents familiaux, signes et symptômes pertinents, âge à l'apparition des symptômes, évolution ultérieure de la maladie |
| <input type="checkbox"/> | Résultats de l'examen clinique et des investigations poussées (sérologie, radiologie, endoscopie, imagerie de haute technologie, histologie)      |
| <input type="checkbox"/> | Interprétation des résultats par un médecin spécialiste (gastroentérologue) et application de l'indice diagnostique approprié (SCCAI, CDAI, HBI)  |
| <input type="checkbox"/> | Utilisation de glucocorticoïdes systémiques (posologie [dose et fréquence] et voie d'administration)  |
| <input type="checkbox"/> | Réponse au traitement (contrôle et fréquence des poussées et des périodes de rémission)   |
| <input type="checkbox"/> | Utilisation d'immunomodulateurs et de produits biologiques autorisés  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Les résultats des tests diagnostiques doivent comprendre une copie de ce qui suit :</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Épreuves de laboratoire pertinentes (p. ex., sérologie des selles, test Hemocult)   |
| <input type="checkbox"/> | Résultats d'imagerie (radiographie, lavement baryté, gastroscopie, entéroscopie, coloscopie, tomodensitométrie, IRM)                              |
| <input type="checkbox"/> | Résultats des examens histologiques par biopsie   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Renseignements additionnels fournis (s'il y a lieu, selon l'affection médicale)</b>  |
| <input type="checkbox"/> | [Conformément aux spécifications de l'OAD]  |