Liste de vérification aux fins d’une demande

Logo de l’OAD

Logo de l’OAD

d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques (AUT)

**Anaphylaxie**

*Substance interdite : glucocorticoïdes*

Cette liste de vérification sert à orienter le sportif et son médecin quant aux exigences relatives à une demande d’AUT, lesquelles permettront au comité responsable (CAUT) d’évaluer si les critères applicables énoncés dans le Standard international pour les autorisations d’usage à des fins thérapeutiques (SIAUT) sont respectés.

Veuillez noter que la présentation d’un formulaire de demande d’AUT seul ne suffit pas; celui-ci DOIT être accompagné de tous les documents pertinents. *Un formulaire de demande et une liste de vérification dûment remplis NE garantissent PAS l’octroi d’une AUT.* Par ailleurs, dans certains cas, une demande pourrait être admissible sans inclure tous les éléments de la liste de vérification.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Le **formulaire de demande d’AUT** doit satisfaire aux exigences suivantes : |
|  |  | Toutes les sections doivent être remplies à la main dans une écriture lisible. |
|  |  | Tous les renseignements doivent être fournis en [inscrire la langue souhaitée]. |
|  |  | La signature du médecin qui soumet la demande est requise. |
|  |  | La signature du sportif faisant l’objet de la demande est requise. |
|  | Le **rapport médical** doit comprendre les éléments suivants : |
|  |  | Données anamnestiques : 1. Début et délai d’apparition des symptômes 2. Mécanisme déclencheur (p. ex., allergène, observation), si connu3. Commentaires sur les difficultés respiratoires, la présence d’un collapsus, l’atteinte de la peau et des muqueuses, les symptômes gastro-intestinaux, le cas échéant |
|  |  | Résultats de l’examen physique (peuvent être fournis par les services d’urgence – tension artérielle, fréquence respiratoire, atteinte de la peau et des muqueuses) |
|  |  | Traitement prescrit (date, heure, dose, fréquence et voie d’administration pour chaque substance) :a) Prise en charge d’une crise aiguë (l’épinéphrine/adrénaline et les glucocorticoïdes à action générale sont interdits en compétition; les bêta-2 agonistes inhalés sont interdits en tout temps; les solutés intraveineux sont interdits, sauf s’ils sont administrés en milieu hospitalier)b) Traitement d’entretien/de prévention : auto-injecteur d’épinéphrine (interdit en compétition) |
|  | Les **résultats de tests diagnostiques** doivent comprendre une copie des épreuves/documents suivants : |
|  |  | Dossiers des services d’ambulance ou du service des urgences/de l’hôpital – si disponible |
|  |  | Épreuves de laboratoire (p. ex., taux sérique de tryptase) – pas toujours réalisées et facultatives |
|  |  | Preuves photographiques de la réaction cutanée, si pertinentes et disponibles |
|  |  | Test cutané (Prick test) ou autre test d’allergie |
|  | **Renseignements additionnels** fournis |
|  |  | Selon les exigences de l’OAD |