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)

**Maladie inflammatoire de l’intestin**

*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 : | |
|  |  | Antécédents médicaux personnels et familiaux, signes et symptômes pertinents, âge au moment de la première manifestation, évolution subséquente de la maladie |
|  |  | Résultats de l’examen physique et des épreuves spécifiques (sérologie, radiologie, endoscopie, techniques d’imagerie de pointe, histologie) |
|  |  | Interprétation des résultats par un spécialiste (gastro-entérologue) et application des indices diagnostiques pertinents (SCCAI [*Simply Chronic Colitis Activity Index*], CDAI [*Crohn’s Disease Activity Index*] et HBI [*Harvey-Bradshaw-Index*]) |
|  |  | Utilisation de glucocorticoïdes à action générale (posologie [dose et fréquence] et voie d’administration) |
|  |  | Données sur la réponse au traitement (maîtrise et fréquence des poussées/périodes de rémission) |
|  |  | Utilisation d’immunomodulateurs et de produits biologiques autorisés |
|  | Les **résultats de tests diagnostiques** doivent comprendre une copie des épreuves suivantes : | |
|  |  | Épreuves de laboratoire pertinentes (p. ex., examen sérologique/recherche de sang occulte dans les selles) |
|  |  | Épreuves d’imagerie (radiographie, lavement baryté, gastroscopie, entéroscopie, coloscopie, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique) |
|  |  | Analyse histologique de biopsies |
|  | **Renseignements additionnels** fournis *(si pertinent pour la maladie)* | |
|  |  | Selon les exigences de l’OAD |