Liste de vérification aux fins d’une demande

Logo de l’OAD

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

**Perfusions intraveineuses**

*Substances/méthode interdites : volume de solution > 100 mL sur une période de 12 h*

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 : symptômes au moment de la manifestation, évolution de la maladie, début de traitement. Définition/description du lieu où la perfusion a été ou doit être administrée. (Remarque : les perfusions réalisées dans le cadre d’un traitement hospitalier, d’une intervention chirurgicale ou d’un test diagnostique ne nécessitent pas d’AUT, sauf dans le cas où la substance perfusée est interdite.) |
|  |  | Résultats de l’examen clinique : p. ex., signes physiques de maladie ou d’un trouble médical pertinent |
|  |  | Interprétation des symptômes, des signes cliniques et des résultats de tests |
|  |  | Diagnostic de la maladie ou du trouble médical le plus probable |
|  |  | Perfusion : volume et durée d’administration (seule l’administration de volumes >100 mL sur une période de 12 h nécessite une AUT) et substance perfusée (s’il s’agit d’une substance interdite), y compris la posologie (dose et fréquence) |
|  |  | Données sur la réponse au traitement/l’évolution de la maladie ou du trouble |
|  |  | Dans le cas où aucun traitement de remplacement n’était envisageable, motif(s) pour le(s)quel(s) l’administration intraveineuse de la solution ou de la substance a été/est l’option retenue |
|  | **Résultats de tests diagnostiques** fournis (copies des originaux ou documents imprimés) | |
|  |  | Épreuves de laboratoire : si disponible; p. ex., taux d’hémoglobine/hématocrite, taux d’électrolytes, numération globulaire, taux sérique de ferritine |
|  | **Renseignements additionnels** fournis | |
|  |  | Selon les exigences de l’OAD |