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)

**Affections musculosquelettiques**

*Substances interdites : glucocorticoïdes à action générale et narcotiques*

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, moment de l’apparition, blessure aiguë/de surutilisation ou maladie chronique, présentation de la première manifestation, guérison de la blessure/score d’activité de la maladie, début de traitement |
|  |  | Résultats de l’examen clinique |
|  |  | Interprétation des symptômes, des signes cliniques et des résultats de tests par un médecin |
|  |  | Diagnostic  |
|  |  | Substance interdite (les glucocorticoïdes à action générale et les narcotiques sont uniquement interdits en compétition), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d’administration  |
|  |  | Données sur la réponse au traitement/l’évolution de la maladie durant le traitement |
|  |  | Motif(s) pour le(s)quel(s) aucun traitement de remplacement (non interdit) n’a été utilisé |
|  | Les **résultats de tests diagnostiques** doivent comprendre une copie des épreuves suivantes : |
|  |  | Épreuves de laboratoire, le cas échéant, p. ex., marqueurs de l’inflammation (protéine C réactive, vitesse de sédimentation globulaire), facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP, marqueur génétique HLA-B27  |
|  |  | Épreuves d’imagerie (échographie, imagerie par résonance magnétique, tomodensitométrie, radiographie), le cas échéant |
|  | **Renseignements additionnels** fournis |
|  |  | Selon les exigences de l’OAD |