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)

**Transplantation rénale**

*Substances interdites : glucocorticoïdes à action générale, érythropoïétine (EPO), diurétiques,*

*bêtabloquants, inhibiteurs de la prolyl hydroxylase du facteur inductible par l’hypoxie (HIF)*

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, âge à l’apparition des symptômes, démarche diagnostique du médecin traitant |
|  |  | Description du déclin de la fonction rénale et preuves de satisfaction aux critères justifiant la transplantation rénale fournies par un néphrologue ou portant sa signature. L’information peut être fournie par le médecin traitant et validée par un néphrologue. |
|  |  | Rapport opératoire de la transplantation signé par le chirurgien |
|  |  | Dans les cas de rejet/dysfonction du greffon : preuves à cet égard fournies par un néphrologue ou portant sa signature |
|  |  | En présence de complications cardiovasculaires : preuves d’hypertension artérielle ou de cardiopathie ischémique et justification thérapeutique de l’utilisation d’un bêtabloquant fournies par le médecin traitant ou un cardiologue |
|  |  | Substance(s) prescrite(s) (les glucocorticoïdes à action générale, l’EPO, les diurétiques, les bêtabloquants et les HIF sont toutes des substances interdites), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d’administration pour chaque substance |
|  | Les **résultats de tests diagnostiques** doivent comprendre une copie des épreuves suivantes : | |
|  |  | Épreuves de laboratoire démontrant le déclin de la fonction rénale avant la transplantation; analyses sanguines attestant de la présence d’anémie dans le cas d’un traitement par EPO |
|  |  | Mesures de la tension artérielle; électrocardiogramme (ECG), coronarographie par tomodensitométrie, échocardiographie, angiographie coronarienne, etc., s’il y a lieu, dans le cas d’un traitement par un diurétique ou un bêtabloquant |
|  | **Renseignements additionnels** fournis | |
|  |  | Selon les exigences de l’OAD |