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)

**Sinusite/rhinosinusite**

*Substances interdites : pseudoéphédrine, 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 : symptômes précis (> 2 des symptômes suivants : douleur faciale, obstruction nasale, sécrétions nasales purulentes/écoulement nasal, hyposmie/anosmie), intensité (y compris en contexte d’amélioration ou d’aggravation) et durée des symptômes en nombre de jours/semaines |
|  |  | Résultats de l’examen clinique : congestion/obstruction nasale, sensation douloureuse de pression, écoulement nasal, altération de l’odorat |
|  |  | Diagnostic |
|  |  | Pseudoéphédrine et/ou glucocorticoïde (ces deux substances sont uniquement interdites en compétition [glucocorticoïde : si administré par voie générale; pseudoéphédrine : si administrée à une dose dépassant la dose thérapeutique maximale de 240 mg par jour ou en préparation à libération prolongée]), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d’administration |
|  |  | Motif(s) pour le(s)quel(s) aucun traitement de remplacement non interdit n’est utilisé/suffisant et indication de la durée prévue du traitement |
|  | Les **résultats de tests diagnostiques** doivent comprendre une copie des épreuves suivantes : | |
|  |  | Les épreuves de laboratoire (p. ex., culture nasale) sont facultatives. |
|  |  | Épreuves d’imagerie ou autres tests : confirmation du diagnostic par tomodensitométrie ou endoscopie (uniquement dans les cas chroniques) |
|  | **Renseignements additionnels** fournis | |
|  |  | Selon les exigences de l’OAD |