Liste de vérification aux fins d’une demande

Logo de l’OAD

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

**Athlètes transgenres**

*Substances interdites : testostérone, spironolactone*

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 : âge à l’apparition de la dysphorie de genre, attestation d’une évaluation médicale complète avant le début de tout traitement, description de tout traitement antérieur partiellement ou totalement réversible |
|  |  | Rapport d’un endocrinologue sur l’instauration du traitement actuel |
|  |  | Interprétation des données anamnestiques, du tableau clinique et du rapport de l’endocrinologue par un médecin qui prodigue régulièrement des soins aux personnes transgenres |
|  |  | Préparation de testostérone ou de spironolactone (deux substances interdites en tout temps) prescrite, y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d’administration |
|  |  | Attestation du suivi/de la surveillance du sportif par un médecin compétent, comprenant notamment les valeurs de testostérone, pour les demandes de renouvellement |
|  | Les **résultats de tests diagnostiques** doivent comprendre une copie des épreuves suivantes : | |
|  |  | Épreuves de laboratoire : mesures régulières du taux de testostérone depuis le début du traitement (y compris la méthode/l’épreuve utilisée) |
|  | **Renseignements additionnels** fournis | |
|  |  | Rapport opératoire, le cas échéant |