

MINISTÈRE D'ÉTAT
Département de l'Intérieur.

Comité Monégasque Antidopage

DEMANDE STANDARD D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES AUT

Veuillez compléter toutes les sections en majuscules ou en caractères d'imprimerie

1. Renseignements sur le sportif

Nom :		Prénom :	
Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Date de naissance (j/m/a) :		Nationalité :	
Adresse :			
Ville :		Pays :	Code Postal :
Tél. :		Courriel :	
(avec code international)			
Sport :		Discipline/Position :	
Organisation sportive internationale ou nationale :			
Si athlète handicap, précisez le handicap :			

2. Renseignements médicaux

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire (voir note 1) :
Si une médication autorisée peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation d'une médication interdite :

3. Médicament(s) concerné(s)

Substance(s) interdite : Nom générique (DCI)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			
Durée prévue du traitement : (veuillez cocher la case adéquate)	Une seule dose <input type="checkbox"/> urgence <input type="checkbox"/> ou durée :		

Avez-vous déjà demandé une AUT ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pour quelle substance ? A qui ? Décision : Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/>

4. Déclaration du médecin

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

Nom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Tél : Télécopieur :

Courriel :

Signature du médecin : Date :

5. Déclaration du sportif

Je,, certifie que les renseignements du point 1 sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la Liste des Interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux, ainsi que la décision statuant sur la présente demande, au Comité Monégasque Antidopage (CMA), au personnel de l'AMA et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), et à toute autre organisation antidopage définie par le Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit de ces organisations d'obtenir en mon nom mes renseignements médicaux, je dois en aviser mon médecin traitant et le CMA par écrit.

Signature du sportif : Date :

Signature d'un des parents ou tuteur légal :

Date :

(Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom).

6. Note

Note 1	<p>Diagnostic</p> <p>La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe à la présente demande. La preuve médicale devrait inclure l'histoire médicale et les résultats de tout examen pertinent, des analyses de laboratoire et d'imagerie. Des copies des rapports originaux ou des courriers devraient être si possible incluses. L'argumentaire devra être aussi objectif que possible sur les circonstances cliniques et en cas de conditions non démontrables un témoignage médical indépendant devra appuyer la demande.</p>
---------------	---

**Une fois le formulaire complété veuillez l'adresser, sous pli confidentiel à :
Monsieur le Médecin Inspecteur des Sportifs, au Comité Monégasque Antidopage et en garder une copie.**

Tout formulaire incomplet sera retourné et nécessitera une nouvelle soumission.

Confidentiel

Le comité Monégasque Antidopage a mis en place un traitement appelé «application antidopage en principauté» qui comporte des informations nominatives. Les renseignements qui vous sont demandés sont obligatoires, afin de respecter la législation antidopage. Les destinataires des informations sont les Organisations Nationales Antidopage, les Fédérations Sportives auxquelles vous appartenez et votre médecin. En application de l'article 13 de la Loi du 23 décembre 1993, modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives traitées par l'Inspection Médicale des Sportifs en vous rendant à l'Inspection Médicale des Sportifs ou sur demande écrite.