



# AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

**VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES RUBRIQUES EN LETTRES MAJUSCULES OU PAR VOIE ELECTRONIQUE.**

**LES FORMULAIRES INCOMPLETS OU ILLISIBLES SERONT RETOURNES ET DEVRONT ETRE SOUMIS A NOUVEAU.**

## 1. Renseignements sur le joueur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe féminin       Sexe masculin

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nom du club ou de l'association nationale de football :  
\_\_\_\_\_

Compétition de l'UEFA concernée : \_\_\_\_\_

**N.B. : L'UEFA traite uniquement les demandes d'AUT de joueurs actuellement inscrits pour participer à une compétition de l'UEFA :**

Date du prochain match / Date proposée pour le retour à la compétition :  
\_\_\_\_\_

## 2. Informations médicales

Les éléments justificatifs confirmant le diagnostic doivent être joints à cette demande. Les justificatifs médicaux doivent comprendre une anamnèse complète et les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie correspondants. Dans la mesure du possible, des copies de tous les rapports ou lettres originaux devraient être jointes. Les éléments justificatifs concernant les circonstances cliniques devraient être aussi objectifs que possible. Et dans le cas de conditions pathologiques ne pouvant être démontrées, un avis médical indépendant doit être joint à l'appui de cette demande. **Si les renseignements médicaux ne sont pas fournis dans l'une des langues officielles de l'UEFA (anglais, français ou allemand), un résumé clair doit être joint.**

L'AMA publie régulièrement des directives pour aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et précises. Ces directives peuvent être consultées sur le site Web de l'AMA : [www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org) en saisissant les termes « Informations médicales ». Elles abordent le diagnostic et le traitement d'un certain nombre de problèmes médicaux qui touchent fréquemment les sportifs et nécessitent un traitement au moyen de substances interdites.



# AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

Diagnostic avec suffisamment d'informations médicales :

---

---

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter l'état pathologique, fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit :

---

---

### 3. Renseignements sur la médication

Nom générique de la/des substance(s) interdite(s)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				

### 4. Demandes rétroactives

S'agit-il d'une demande rétroactive ?  Oui  Non

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa) ? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive :

- Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, nous n'avons pas eu le temps ou l'occasion de soumettre une demande d'AUT avant le prélèvement d'échantillons.
- Autre raison

Veuillez expliquer :

---

---

### 5. Demandes antérieures



# AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

Avez-vous soumis une/des demande(s) d'AUT antérieure(s) à une organisation antidopage ?  Oui  
 Non

Si oui, à quelle date (jj/mm/aaaa) ? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pour quelle substance ou méthode ?  
\_\_\_\_\_

À quelle organisation antidopage ? Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Décision :      Demande approuvée  Demande non approuvée  (*en cas d'approbation, veuillez joindre la/les demande[s] d'AUT antérieure[s]*)

## 6. Déclaration du médecin traitant

**Je certifie que le traitement susmentionné est médicalement approprié et que l'usage d'autres médicaments ne figurant pas sur la liste des interdictions serait inadéquat dans ce cas.**

Nom : \_\_\_\_\_

Qualifications :  
\_\_\_\_\_

Spécialité médicale :  
\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

E-mail :  
\_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_  
(Veuillez indiquer également les indicatifs pour le pays et la région.)

Tél. mobile : \_\_\_\_\_ Fax :  
\_\_\_\_\_

**Signature du médecin traitant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_



# AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

## 7. Déclaration du joueur

Je soussigné, \_\_\_\_\_, certifie que les informations susmentionnées sont exactes. J'autorise la divulgation de mes données médicales personnelles à l'unité Questions médicales et antidopage et aux organes concernés de l'UEFA, au personnel autorisé de l'AMA, au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA et aux CAUT d'autres organisations antidopage, ainsi qu'au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de consulter ces informations en vertu des dispositions du *Code mondial antidopage* et/ou du *Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques*. Ces personnes sont soumises à une obligation de confidentialité professionnelle ou contractuelle.

J'autorise mon/mes médecin(s) à fournir aux personnes susmentionnées toutes les informations sur ma santé qu'elles jugent nécessaires pour l'examen et le traitement de ma demande.

J'accepte que mes données soient utilisées uniquement pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à une éventuelle violation des règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage de renseignements quant à l'utilisation des informations sur ma santé ; (2) exercer tous les droits dont je dispose, tels que mon droit d'accès, de rectification, de restriction, d'opposition ou de suppression de celles-ci ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et l'UEFA. Je comprends et j'accepte qu'il peut être nécessaire que les informations relatives à l'AUT soumises avant j'aie révoqué mon consentement soient conservées aux fins d'enquêtes ou de procédures liées à une éventuelle violation des règles antidopage, lorsque le Code, les Standards internationaux ou les lois antidopage nationales l'exigent, ou pour lancer ou faire appliquer une action en justice impliquant moi-même, l'AMA et/ou l'UEFA.

J'accepte que la décision concernant cette demande soit transmise à toutes les organisations antidopage compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats me concernant.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes informations et de la décision concernant cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Dans certains de ces pays, la législation relative à la protection et à la confidentialité des données peut être différente de celle de mon pays de résidence. Je comprends que mes informations peuvent être stockées dans ADAMS, qui est hébergé par l'AMA sur des serveurs basés au Canada, et seront conservées pour la durée indiquée dans le *Standard international pour la protection des renseignements personnels* (SIPRP).

J'estime que si mes données personnelles ne sont pas utilisées conformément à cette déclaration de consentement et au *Standard international pour la protection des renseignements personnels*, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou de l'organisme national de réglementation responsable de la protection des données dans mon pays de résidence.

Je comprends que les entités mentionnées ci-dessus peuvent se référer ou être assujetties à des lois nationales antidopage qui annulent mon consentement ou à d'autres lois applicables qui peuvent exiger la divulgation de renseignements aux tribunaux locaux, aux organismes d'application de la loi ou à d'autres autorités publiques. Je peux obtenir plus d'informations sur les lois antidopage nationales auprès de l'UEFA ou de mon Agence nationale antidopage.



# AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

Signature du joueur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature d'un parent ou du représentant légal : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

*(Si le joueur est mineur ou s'il souffre d'une déficience l'empêchant de signer ce formulaire, un de ses parents ou son représentant légal doit contresigner le formulaire ou le signer au nom du joueur.)*

***Veillez envoyer par e-mail le formulaire dûment rempli et les informations médicales à l'UEFA, à l'adresse [antidoping@uefa.ch](mailto:antidoping@uefa.ch), et en conserver une copie pour vos dossiers. Pour plus de sécurité, veuillez protéger les documents avec un mot de passe et envoyer le mot de passe dans un e-mail séparé à [Rebecca.lee@uefa.ch](mailto:Rebecca.lee@uefa.ch).***

**Le traitement ne pourra être administré qu'après réception de l'approbation de la demande d'AUT.**