

# Demande Standard d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques

Je fais une demande auprès de l'ISF pour une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques d'une substance interdite figurant sur la Liste des interdictions de l'AMA.

Veuillez compléter toutes les sections

## 1 Renseignement sur l'Athlète

Nom : ..... Prénoms : .....

Femme  Homme  (cocher la case appropriée)

Adresse : .....

Ville : ..... Pays : ..... Code Postal : .....

Date de Naissance (j/m/a) : .....

Tel Bureau : ..... Tel Domicile : ..... Portable : .....

Sport : ..... Discipline/Position : .....

Organisation Sportive Nationale : .....

Si Athlète Handicapé, indiquer le handicap : .....

Courriel : .....

## 2 Renseignements sur le Médecin

Nom, qualification et spécialité médicale (voir note 1) : .....

.....

.....

Adresse : .....

..... Courriel : .....

Tel Bureau : ..... Tel Domicile : .....

Tel Mobile : ..... Fax : .....

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

\*Diagnostic (voir note 2):

.....  
 .....  
 .....

Le Médecin Fédéral National de la Fédération Française de Baseball et Softball a-t-il été avisé de cette demande ? Oui :  Non :

Nom du Médecin Fédéral National (voir note 3) : .....

**3. Médicament(s) concerné(s) (voir note 4)**

Substance(s) Interdite(s)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			

Durée prévue du traitement	
----------------------------	--

Avez-vous déjà demandé une AUT ? Oui  Non

Si oui, Date : .....

Organisation antidopage :

Décision de la précédente demande :

Raisons de non prescription de thérapies alternatives (voir note 5) : .....

.....  
 .....  
 .....

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

**4. Information Supplémentaire**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5. Déclaration du Médecin et de l'Athlète**

Je, ..... certifie que les substances mentionnées ci-dessus, qui ont été ou sont administrées à l'athlète nommé ci-avant, constituent le traitement médicalement adapté à son état pathologique.

**Signature du Médecin :** ..... **Date :** .....

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 enseignements médicaux à l'organisation antidopage (AFLD), au personnel de l'AMA et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), suivant les dispositions du Code. Je comprends que, si je désire révoquer le droit pour le CAUT de l'Organisation Antidopage (AFLD) et le CAUT de l'AMA d'obtenir en mon nom mes renseignements médicaux, je dois en aviser mon médecin traitant par écrit.

**Signature de l'Athlète :** ..... **Date :** .....

**Signature d'un des parents ou du tuteur légal :** .....

**Date :** .....

*(Si l'athlète 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.)*

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

**6. Notes :**

<b>Note 1</b>	Nom, qualification et spécialité médicale. Par exemple : Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-entérologue
<b>Note 2</b>	Diagnostic : La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe à la présente demande. La preuve médicale devrait inclure l'historique médical 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.
<b>Note 3</b>	Médecin Fédéral National Le Médecin Fédéral National doit être avisé de la demande d'AUT auprès de l'Organisation antidopage. Lorsque c'est opportun, la demande peut inclure une déclaration du Médecin Fédéral National, attestant de la nécessité de l'utilisation de substances ou de procédés interdits dans le traitement thérapeutique de l'athlète.
<b>Note 4</b>	Médicaments concernés Indiquez le détail de toute substance ou procédé prohibé pour lequel l'autorisation est sollicitée. Utilisez le nom générique (DCI) ainsi que les doses spécifiquement prescrites.
<b>Note 5</b>	Si une médication autorisée peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation d'une médication interdite.

**Tout formulaire incomplet sera retourné et nécessitera une nouvelle soumission**

Merci de transmettre le formulaire complété à l'organisation antidopage et d'en garder une copie pour archivage.

International Softball Federation  
1900 South Park Road  
Plant City, FL 33563  
Tel : 813.864.0100  
Fax : 813.864.0105  
Email : [info@internationalsoftball.com](mailto:info@internationalsoftball.com)

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**