



# 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.**

**N.B. :** 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.

## 1. Renseignements sur le joueur

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

☐ Sexe féminin ☐ Sexe masculin

Nationalité : \_\_\_\_\_

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

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 :**

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

La réponse doit être envoyée au club / à l'association nationale ci-dessus :

☐ **OUI** ☐ N° de fax (veuillez indiquer les indicatifs pour le pays et la région) : \_\_\_\_\_

☐ Par courrier, à l'adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ **NON** Si votre réponse est négative, veuillez cocher une des cases ci-dessous et indiquer les informations demandées :

☐ N° de fax (veuillez indiquer les indicatifs pour le pays et la région) : \_\_\_\_\_



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

Formulaire de demande

☐ Par courrier, à l'adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Informations médicales

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
1.			
2.			
3.			

Durée prévue du traitement (veuillez cocher la case appropriée) :

☐ Une fois seulement

☐ Durée (jours/semaines/mois) : \_\_\_\_\_

## 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.



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

Formulaire de demande

☐ Autre raison : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. Demandes antérieures

Avez-vous déjà présenté une demande d'AUT auparavant ? ☐ Oui ☐ Non

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

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

☐ À une organisation antidopage ? Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

☐ À mon association nationale de football

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*.

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. Si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'utilisation de mes données ; (2) exercer mon droit d'accès à mes données et de modification 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 reconnais et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant l'annulation de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir l'existence d'une violation de règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

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 des pays où la législation relative à la protection et à la confidentialité des données peut être différente de celle de mon pays.

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 du TAS.

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

**Signature d'un parent /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.)

***Veuillez faxer ce formulaire dûment rempli à l'UEFA, au numéro +41 22 990 31 31, et en conserver une copie dans vos dossiers.***

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