

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Aide-mémoire et formulaire de demande

Diabète de type 1

Avant de remplir un formulaire de demande d'AUT, assurez-vous de lire les informations se rapportant aux exemptions médicales à www.cces.ca/aut.

- **Étape 1** : Vérifiez d'abord si votre médicament ou sa voie d'administration sont interdits. S'ils ne sont pas interdits, vous n'avez pas de formalités à remplir. Pour connaître le statut réservé à un médicament, consultez l'une des ressources suivantes :
 - Livret de classification des substances : www.cces.ca/lcs;
 - DRO Global : www.droglobal.com;
 - Courriel : substances@cces.ca; ou
 - Info-ligne du CCES sans frais : 1-800-672-7775.

- **Étape 2** : Vérifiez de quel organisme relève votre demande d'AUT :
 - De votre fédération internationale (FI) : Pour les athlètes membres du Groupe cible enregistré (GCE) de leur FI ou qui participe à des compétitions de niveau international (manifestations homologuées par une FI) doivent veiller à se conformer aux exigences se rapportant aux AUT de leur FI. Communiquez avec le CCES si vous avez besoin d'aide pour obtenir de l'information auprès de votre FI.
ou
 - Du CCES : Les étudiants-athlètes et les athlètes de niveau national qui participeront dans certains championnats canadiens doivent soumettre au CCES. Les athlètes de niveau international qui ont été dirigés par leur FI à soumettre au CCES peuvent également utiliser ce processus.

- **Étape 3** : Vérifiez à quel moment vous devez soumettre votre demande d'AUT :
 - Au moment où le médicament leur est prescrit par leur médecin (dans le cas de médicaments interdits hors compétition et en compétition);
ou
 - Pas moins de 30 jours avant de prendre part à une manifestation (dans le cas de médicaments interdits uniquement en compétition).

- **Étape 4** : Recueillez une attestation médicale confirmant le diagnostic et le traitement prescrit incluant :
 - Année où le diagnostic de diabète de type 1 a été posé;
 - Présentation du diabète de type 1 (acidocétose diabétique ou symptômes classiques), taux de glycémie au moment du diagnostic;
 - Traitement actuel à l'insuline : trois fois par jour ou système basal/bolus ou système de pompe à insuline;
 - Nom et type d'insuline présentement utilisée (lispro, aspart, glargine, detimir, NPH, premix, régulière, etc.); et
 - Rapports d'examen de laboratoire à jour : plus récent résultat du taux de glycémie (A1c).

- **Étape 5** : Remplissez le formulaire :
 - Le CCES acceptera les demandes soumises par l'entremise du formulaire de demande d'AUT du CCES ou du formulaire de demande d'AUT d'une FI à condition que tous les renseignements exigés soient inclus.
 - Tous les renseignements inclus dans le formulaire doivent être lisibles (dactylographiés ou écrits en lettres moulées). Les formulaires illisibles seront retournés non traités à l'athlète.
 - Tous les champs doivent être dûment remplis, et le formulaire doit être daté et signé par l'athlète et le médecin prescripteur. Les formulaires incomplets seront retournés non traités à l'athlète.

- **Étape 6** : Veuillez transmettre au CCES le formulaire de demande dûment rempli accompagné de la documentation à l'appui de la demande comme suit :
 - Par télécopieur : 613-521-3134;
 - Par courriel : tue-aut@cces.ca; ou
 - Par la poste : À l'attention du gestionnaire des Services aux athlètes, CCES, 955, rue Green Valley, Bureau 350, Ottawa (ON), K2C 3V4.

- **Étape 7** : Si vous faites l'objet d'un contrôle de dopage, assurez-vous de déclarer à l'agent de contrôle du dopage :
 - Tous les médicaments sous ordonnance (p.ex., médicaments contre l'asthme et les glucocorticoïdes); et
 - Tous les médicaments en vente libre et les suppléments nutritionnels dont vous avez fait usage au cours des dix jours précédant.

Nota :

- L'examen d'une demande d'AUT complète peut prendre jusqu'à 30 jours.
- Le CCES communiquera avec l'athlète pour l'informer de la décision rendue relativement à sa demande, ou si d'autres renseignements s'avèrent nécessaires.
- Tous les frais médicaux engagés pour l'achèvement de la demande d'AUT ou d'enquêtes supplémentaires, des examens ou des études d'imagerie sont de la responsabilité de l'athlète.

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

Faire parvenir le formulaire dûment complété au CCES : Téléc. : (613) 521-3134 Courriel : tue-aut@cces.ca

Courrier : Gestionnaire des services aux athlètes, CCES, 955, rue Green Valley, Bureau 350, Ottawa (ON) K2C 3V4.

Conserver une copie pour vos dossiers. Prière de compléter toutes les sections en lettres moulées ou dactylographiées.

1. Renseignements sur l'athlète

Nom de famille :		Prénom :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance (j/m/y):	
Méthode de communication préférée :	<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Postes Canada		
Courriel :			
Adresse postale :			
Ville :		Province/État :	
Pays :		Code postale :	
Téléphone :			
Sport :		Discipline / Position:	
Faites-vous partie du groupe cible enregistré de votre fédération internationale?			
Si vous prévoyez participer à un événement international, inscrire le nom et la date :			
Si l'athlète souffre d'une incapacité, précisez celle-ci :			
Demande d'AUT précédente?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Pour quelle substance?			
Après de quelle organisation?			
Date de la demande précédente			
Décision	<input type="checkbox"/> Approuvée	<input type="checkbox"/> Non Approuvée	

2. Renseignements médicaux (à remplir par votre médecin)

Diagnostic - veuillez fournir tous les renseignements médicaux nécessaires (voir étape 4) :

Si un médicament autorisé peut être utilisé dans le traitement de l'état pathologique de l'athlète, veuillez présenter une justification clinique pour la demande d'usage du médicament interdit :

3. Renseignements détaillés sur les médicaments (à remplir par votre médecin)

Substances interdites: Noms génériques	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Durée du traitement
Entrez toutes les informations qui s'appliquent	Ex. 200 mg	Ex. inhalation, injection locale	Ex. BID, QID	Ex. une seule dose, urgence, un an
1.				
2.				
3.				

4. Déclaration du médecin (à remplir par votre médecin)

Je certifie que le traitement ci-dessus est approprié pour l'état pathologique indiqué. De plus, je certifie que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la Liste des interdictions de l'AMA serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique.

Nom de famille :		Prénom :	
Spécialité médicale :			
Adresse :			
Ville :		Province/État :	
Pays :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	
Signature:		Date (j/m/y) :	

5. Médecin ayant posé le diagnostic (si différent du médecin traitant)

Nom de famille :		Prénom :	
Spécialité médicale :			
Adresse :			
Ville :		Province/État :	
Pays :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	

6. Déclaration de l'athlète

Je, _____ certifie que les renseignements dans ce formulaire sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou une méthode qui fait partie de la Liste des interdictions de l'Agence mondiale antidopage (AMA). J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'organisme national antidopage approprié ainsi qu'au personnel du CCES, au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) du CCES, à l'AMA, à d'autre CAUT d'organisations antidopage (OAD) et personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu des dispositions du Code.

Je comprends que mes renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations des règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir plus d'information quant à l'usage de mes renseignements; (2) exercer mon droit d'accès et de correction; ou (3) révoquer le droit de ces organismes d'obtenir mes renseignements médicaux en mon nom, je dois en aviser, par écrit, mon médecin traitant ainsi que le CCES. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code.

Je comprends que si je crois que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés dans le respect de ce consentement et du Standard international pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du Tribunal Arbitral du Sport (TAS).

J'autorise la transmission de mes renseignements médicaux aux membres de l'équipe médicale présente lors de grandes manifestations sportives auxquelles je pourrais participer, de même qu'à mon médecin d'équipe ainsi qu'à mon organisme national de sport.

Je ne souhaite pas que ces renseignements soient partagés avec quiconque, à l'exception du CCES, de l'AMA, et de ma fédération internationale.

Signature de l'athlète :		Date (j/m/y) :	
--------------------------	--	----------------	--

(Si l'athlète est mineur(e) ou souffre d'une incapacité l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un représentant légal devra signer ce formulaire avec lui ou elle ou en son nom.)

Nom de famille :		Prénom :	
Signature du parent/représentant :		Date (j/m/y) :	

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau.

Faire parvenir le formulaire dûment complété au CCES et conserver une copie pour vos dossiers.

(AVAILABLE IN ENGLISH) décembre 2010	N° de la demande :	
---	--------------------	--