

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

*(AUT) Article L.232-2 du code du sport,  
Décret du 25 mars 2007 relatif aux modalités de délivrance des autorisations  
d'utilisation à des fins thérapeutiques*

**NB. Veuillez compléter en caractères d'imprimerie ou par informatique toutes les mentions obligatoires identifiées par un astérisque (\*).**

**Tout formulaire illisible sera retourné et nécessitera une nouvelle soumission.**

**Sauf urgence médicale, état pathologique aigu ou circonstances exceptionnelles, le dossier complet de la demande doit être déposé trente jours avant la première compétition pour laquelle l'autorisation est demandée.**

### **1. Renseignements sur le (la) sportif(ve) - A remplir par l'intéressé(e)**

Nom \* : ..... Prénom\* : .....

*Pour les mineurs, identité d'un des parents ou du tuteur légal*

Nom \* : ..... Prénom\* : .....

Sexe\* : Femme  Homme  Date de naissance\* (jj/mm/aa) : .....

Adresse \* : .....

Ville \* : ..... CP \* : .....

Pays \* : .....

Tél : ..... Courriel: .....

Sport\* : ..... Discipline .....

Sportif de niveau international, ou de niveau national mais inscrit sur la liste des sportifs soumis aux contrôles de l'AMA ou de sa fédération internationale \*:

Oui  Non

Organisation sportive nationale : .....

Si handicap, Précisez\* : .....

**CONFIDENTIEL**

## 2. Déclaration du (de la) sportif(ve) - A remplir par l'intéressé(e)

Avez-vous déjà demandé une AUT \*? Oui  Non

A quel organisme\* ? .....

Pour quelle(s) substance(s)\* ? .....

Décision\* : Acceptée  Refusée

A quelle date ? .....

Si vous êtes licencié(e) d'une fédération française, avez-vous bien informé celle-ci de la présente demande d'AUT\* ?

Oui  Non

N° de licence : ..... Fédération : .....

Première compétition pour laquelle je souhaiterais bénéficier de cette autorisation (date): .....,  
.....

Si cette compétition a lieu dans moins de trente jours à compter de la demande, justifier l'urgence médicale, l'état pathologique aigu, ou les circonstances exceptionnelles : .....

Je soussigné(e),\* ....., certifie que les renseignements des points 1 et 2 sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la liste des interdictions en vigueur en France.

Signature(s) :

-du (de la) sportif(ve)\*:

Date\*: .....

- d'un des parents du sportif mineur ou du tuteur légal\*

Date\*: .....

**Après avoir complété le formulaire, le sportif, ou son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé, doit le transmettre à l'Agence française de lutte contre le dopage par courrier avec avis de réception et en conserver une copie.**

**Si le dossier de demande est incomplet, l'AFLD notifiera les pièces manquantes, le délai de trente jours pour examiner le dossier ne commençant qu'à réception par l'Agence de l'ensemble des pièces nécessaires (cf. site internet [www.afld.fr](http://www.afld.fr)).**

**CONFIDENTIEL**

### 3. Renseignements médicaux - A remplir par le médecin

La preuve médicale justifiant la présente demande doit être jointe à celle-ci. La preuve médicale doit 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 doivent être également jointes. L'argumentaire développé doit être aussi objectif que possible en ce qui concerne les circonstances cliniques.

#### Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire\* :

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

#### Si une médication autorisée peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique justifiant l'utilisation d'une médication interdite\* :

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

### 4. Médicament (s) concerné (s) - A remplir par le médecin

Nom de spécialité* et Dénomination commune internationale* (substance active)	Date de début du traitement et durée prévue*	Posologie*	Voie d'administration*	Fréquence d'administration*
1.				
2.				
3.				
4.				

**CONFIDENTIEL**

## 5. Déclaration du médecin - A remplir par le médecin

Je soussigné(e), \* Dr.....(Nom et prénom) 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.

Spécialité médicale\* : .....

N° d'enregistrement au Conseil National de l'Ordre : .....

Adresse \*: .....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel : .....

Signature du médecin\* : ..... Date\* : .....

Tampon \*:

***CAS DU RENOUVELLEMENT : L'Autorisation d'usage thérapeutique ne peut être délivrée que la durée du traitement prescrit, dans la limite d'un an.***

*Cependant, dans le cas d'une pathologie chronique - même pathologie et traitement exactement identique d'une année à l'autre (substance, posologie, durée...) -, il est possible de demander un simple renouvellement, sans redéposer un dossier comprenant l'ensemble des justificatifs médicaux exigés à la première demande. La procédure de renouvellement n'est cependant possible que si la décision initiale d'autorisation par l'AFLD l'a prévu. Il convient à cet égard de préciser que les examens médicaux ne sont valables que pour un maximum de deux ans, et que la demande de renouvellement doit, en tout état de cause, être accompagnée de nouvelles ordonnances.*

*Lors d'un renouvellement, l'AFLD se réserve le droit de demander d'autres pièces justificatives, en fonction de la pathologie.*

**CONFIDENTIEL**

# Transmission d'informations à l'Agence mondiale antidopage

- A remplir par le(la) sportif(ve)

**En application du décret du 25 mars 2007 relatif aux modalités de délivrance des AUT, l'AFLD transmettra à l'Agence mondiale antidopage les décisions et les refus d'AUT standard qu'elle délivre, pour les sportifs de niveau international ou de niveau national mais inscrits sur la liste des sportifs soumis aux contrôles de l'AMA ou de la fédération internationale concernée.**

**Conformément à l'article 9.1 de l'annexe II (standard pour l'AUT) de la Convention internationale contre le dopage dans le sport adoptée à Paris le 19 octobre 2005, dite convention de l'UNESCO, l'AMA peut demander la transmission de l'ensemble des éléments du dossier correspondant.**

Je soussigné(e)\* ....., autorise la transmission, sous une forme garantissant la confidentialité, au médecin de l'Agence mondiale antidopage (AMA) chargé de la gestion des AUT, lui-même tenu au secret professionnel, du formulaire de demande et du compte-rendu médical du comité de médecins chargé d'examiner ma demande.

Signature(s) :

-du (de la) sportif(ve)\*:

Date\*: .....

- d'un des parents du sportif mineur ou du tuteur légal\*

Date\*: .....

**CONFIDENTIEL**

**Nous vous informons que tous les dossiers doivent comporter les informations et les pièces suivantes. Si votre dossier est incomplet, nous vous renverrons celui-ci. De plus, nous vous conseillons de consulter notre site internet ([www.aflid.fr](http://www.aflid.fr)) pour compléter la liste des documents.**

### **CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES**

#### ***Eléments de nature administrative***

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Envoi par le sportif en AR                                | <input type="checkbox"/> |
| Ecriture lisible  | <input type="checkbox"/> |
| Mentions obligatoires remplies                            | <input type="checkbox"/> |
| Français / Anglais  | <input type="checkbox"/> |
| Signature du sportif                                      | <input type="checkbox"/> |
| Signature et tampon du médecin                            | <input type="checkbox"/> |
| Chèque à l'ordre de l'AFLD (40 euros à l'ordre de l'AFLD) | <input type="checkbox"/> |

#### ***Eléments d'information médicale exigés dans tous les dossiers***

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Nom commercial du médicament (spécialité)                 | <input type="checkbox"/> |
| Nom de la substance (dénomination commune internationale) | <input type="checkbox"/> |
| Posologie   | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents   | <input type="checkbox"/> |
| Histoire de la maladie                                    | <input type="checkbox"/> |
| Interrogatoire de la maladie                              | <input type="checkbox"/> |
| Photocopie de (s) ordonnance (s)                          | <input type="checkbox"/> |

#### **Pièces supplémentaires à fournir pour :**

- l'hypertension artérielle (HTA) :
  - o mesure ambulatoire de la pression artérielle sur une durée de vingt quatre heures,
  - o échographie cardiaque,
  - o résultat d'une épreuve d'effort,
  - o électrocardiogramme (avec 12 dérivations de repos).
- les pathologies asthmatiformes :
  - o exploration fonctionnelle respiratoire, y compris les courbes de mesure,
  - o test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, y compris la courbe de mesure,
  - o test d'hyperéactivité bronchique à la métacholine, y compris la courbe de mesure.
- les pathologies tendineuses :
  - o compte rendu d'imagerie médical (radio, échographie...),
  - o photocopie des ordonnances antérieures,
  - o prescription de moyen de contention (attelles, strapping, aircast...),
  - o Détail de la prescription :
    - prescription antalgique,
    - prescription anti-inflammatoire non stéroïdien.

**CONFIDENTIEL**