



COMITÉ  
INTERNATIONAL  
OLYMPIQUE

# JEUX OLYMPIQUES DE LA JEUNESSE Singapour 2010

## Formulaire de demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

À retourner au département médical et scientifique du CIO  
Fax : +41 21 621 6357

Veuillez remplir le formulaire en lettres majuscules

### 1. Renseignements concernant l'athlète

Nom de famille : .....	Prénom(s) : .....	
Sexe féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> .....	Date de naissance (j/m/a) : .....	
Adresse : .....		
Ville : .....	Pays : .....	Code postal : .....
Tél. : .....	E-mail : .....	
<i>(avec code international)</i>		
Sport : .....	Discipline/Position : .....	
Fédération Internationale ou nationale de sport : .....		

### 2. Données médicales

**Diagnostic – suffisamment détaillé** (voir note 1) :

.....

.....

.....

.....

**Si un médicament autorisé peut être prescrit pour traiter l'état pathologique, merci de fournir la justification clinique pour le recours à la substance interdite.**

.....

.....

.....

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**



COMITÉ  
INTERNATIONAL  
OLYMPIQUE

# JEUX OLYMPIQUES DE LA JEUNESSE Singapour 2010

### 3. Note

<b>Note 1</b>	<p>Diagnostic</p> <p><i>Les éléments confirmant le diagnostic doivent être joints à la demande. Ils doivent comprendre l'intégralité des antécédents médicaux ainsi que les résultats de tous les examens utiles, analyses de laboratoire et études par imagerie. Des copies des lettres ou rapports originaux doivent être annexées dans la mesure du possible. Les éléments concernant les conditions cliniques doivent être aussi objectifs que possible. En cas de symptomatologie non objectivable, un avis médical indépendant joint à la demande facilitera la procédure.</i></p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**La demande doit comprendre l'intégralité des antécédents médicaux ainsi que les résultats de tous les examens utiles, analyses de laboratoire et études par imagerie. Les exigences concernant le dossier médical nécessaire pour la demande d'AUT en cas d'asthme et de ses variantes cliniques doivent être satisfaites et comprendre tous les tests de provocation bronchique nécessaires.**

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau. Merci d'adresser le formulaire dûment rempli au comité AUT du CIO et d'en conserver un exemplaire pour vos archives.

### 4. Précisions concernant les médicaments

Substance(s) interdite(s) : <u>Nom générique</u>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			

<b>Durée prévue du traitement :</b> (merci de cocher la case correspondante)	Une fois seulement <input type="checkbox"/> date ..../.../.... urgence <input type="checkbox"/> ou durée (semaine/mois) : .....
---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>S'agit-il d'une demande d'AUT rétroactive ?</b> (merci de cocher la case correspondante)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (NB : une AUT rétroactive ne concerne que les traitements déjà en cours et impliquant une substance ou une méthode interdite. Elle ne peut être demandée que pour des soins d'urgence en raison de troubles médicaux aigus.)
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Avez-vous déjà soumis une demande d'AUT :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Pour quelle substance ? .....	
À qui ? ..... Quand ? .....	
Décision : Approuvée <input type="checkbox"/> Rejetée <input type="checkbox"/>	

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**



COMITÉ  
INTERNATIONAL  
OLYMPIQUE

# JEUX OLYMPIQUES DE LA JEUNESSE Singapour 2010

## 5. Déclaration du médecin traitant

Je, soussigné(e), certifie que le traitement susmentionné est médicalement justifié et que l'utilisation d'un autre médicament ne figurant pas sur la liste des interdictions ne serait pas satisfaisante pour cette pathologie.

Nom : .....

Spécialité médicale : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Signature du médecin traitant : ..... Date : .....

## 6. Déclaration de l'athlète

Je soussigné(e), ....., certifie que les informations figurant au point 1 sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode inscrite sur la liste des interdictions de l'AMA. Je consens à la communication des informations médicales me concernant au comité AUT du CIO et à toute autre partie concernée qui pourrait avoir le droit de connaître ces informations en application des dispositions du Code mondial antidopage.

Je reconnais que les informations me concernant seront uniquement utilisées pour évaluer ma demande d'AUT ainsi que dans le cadre d'enquêtes et procédures relatives à d'éventuelles violations des règles antidopage. Je reconnais que dans l'éventualité où je souhaiterais (1) obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des informations me concernant, (2) exercer mon droit d'accès et de modification, ou (3) retirer aux organisations concernées le droit d'obtenir en mon nom des informations concernant ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et le comité AUT du CIO. Je reconnais et accepte qu'il puisse s'avérer nécessaire de conserver les données relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement aux seules fins d'établir une éventuelle violation des règles antidopage, conformément aux exigences des Règles antidopage du CIO et/ou du Code mondial antidopage.

Si j'estime que mes données personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du Standard international de l'AMA pour la protection des renseignements personnels, je serai en droit de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

Signature de l'athlète : ..... Date : .....

Signature d'un parent / du tuteur : ..... Date : .....

(Si l'athlète est mineur, l'un de ses parents ou son tuteur devra signer ce formulaire avec l'athlète ou en son nom.)

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**