

Formulaire de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

VEUILLEZ COMPLETER L'ENSEMBLE DES CHAMPS A LA MAIN (EN MAJUSCULES) OU SUR ORDINATEUR. LE JOUEUR/LA JOUEUSE RENSEIGNE LES SECTIONS 1, 5, 6 ET 7 ; LE MEDECIN RENSEIGNE LES SECTIONS 2, 3 ET 4. TOUT FORMULAIRE ILLISIBLE OU INCOMPLET SERA RENVOYE A L'EXPEDITEUR, QUI DEVRA LE SOUMETTRE DE NOUVEAU SOUS UNE FORME APPROPRIEE.

À NOTER QUE CE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUT ET LE DOSSIER MEDICAL COMPLET (AVEC RAPPORTS ET DOCUMENTS) DOIVENT ETRE REDIGES DANS L'UNE DES QUATRE LANGUES OFFICIELLES DE LA FIFA (ANGLAIS, FRANÇAIS, ESPAGNOL OU ALLEMAND).

1. INFORMATIONS CONCERNANT LE JOUEUR/LA JOUEUSE

NOM :	_____	PRENOM (S) :	_____
FEMME <input type="checkbox"/>	HOMME <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	_____
ADRESSE :	_____		
VILLE :	_____	PAYS :	_____
TEL. :	_____	ADRESSE ELECTRONIQUE :	_____
(AVEC INDICATIF INTERNATIONAL)			
NATIONALITE :	_____		
NOM DU CLUB OU DE LA FEDERATION NATIONALE DE FOOTBALL :	_____		
EN CAS DE DEFICIENCE, VEUILLEZ EN FAIRE ETAT :			

Veillez cocher la case correspondante :

JE FAIS PARTIE DU GROUPE CIBLE INTERNATIONAL DE JOUEURS/JOUEUSES SOUMIS(ES) AUX CONTROLES (GCIC) DE LA FIFA

JE FAIS PARTIE DU GROUPE CIBLE PRE-COMPETITION (GCPC) DE LA FIFA

JE PRENDS PART A UNE COMPETITION DE LA FIFA¹ : _____

(NOM DE LA COMPETITION DE LA FIFA)

¹Veillez consulter la politique de la FIFA en matière d'AUT, disponible sur www.fifa.com/medical et <http://www.fifa.com/antidoping>, pour accéder à la liste des compétitions concernées.

JE FAIS PARTIE D'UN GROUPE CIBLE DE JOUEURS/JOUEUSES SOUMIS(ES) AUX CONTROLES D'UNE ORGANISATION NATIONALE ANTIDOPAGE : _____

(NOM DE L'ORGANISATION NATIONALE ANTIDOPAGE)

AUCUNE DE CES OPTIONS

Réponse à retourner :

par courriel (adresse) _____

par voie postale (adresse) : _____

2. INFORMATIONS MEDICALES (POUR SUIVRE SUR UNE FEUILLE VOLANTE SI NECESSAIRE)

DIAGNOSTIC AVEC INFORMATIONS MEDICALES DETAILLEES A L'APPUI (CF. NOTE 1 CI-DESSOUS) :

Dans le cas où un traitement autorisé peut être administré pour soigner le patient, veuillez justifier cliniquement l'utilisation du traitement interdit :

NOTE 1- DIAGNOSTIC

*Toute preuve confirmant le diagnostic doit être jointe à cette demande et dûment transférée. Les renseignements médicaux doivent être assortis des antécédents médicaux complets, comprenant l'ensemble des résultats d'examen, des analyses de laboratoire et des études par imagerie pertinents.
Des copies des rapports ou des lettres doivent être fournies chaque fois que cela est possible. La preuve doit exposer les circonstances cliniques aussi objectivement que possible. Si la pathologie ne peut être attestée, un avis médical indépendant sera utilisé à l'appui de la présente demande.*

L'AMA publie régulièrement des directives visant à assister les médecins dans la rédaction de demandes d'AUT complètes et précises. Pour les consulter, il suffit de saisir le terme « Informations médicales » dans le champ de recherche du site Internet de l'AMA : <https://www.wada-ama.org>. Elles abordent le diagnostic et le traitement d'un certain nombre de problèmes médicaux qui touchent généralement les sportifs et nécessitent un traitement avec des substances interdites.

3. INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT (POURSUIVRE SUR UNE FEUILLE VOLANTE SI NECESSAIRE)

SUBSTANCE(S) INTERDITE(S) - NOM GENERIQUE	DOSE	VOIE D'ADMINISTRATION	FREQUENCE D' ADMINISTRATION	DUREE DU TRAITEMENT
1.				
2.				
3.				

4. DECLARATION DU MEDECIN

Je certifie que les informations figurant dans les sections 2 et 3 sont exactes et que le traitement ci-dessus est approprié d'un point de vue médical.

NOM : _____

SPECIALITE MEDICALE : _____

ADRESSE : _____

TEL. : _____ **ADRESSE ELECTRONIQUE :** _____

TEL. PORT. : _____ **FAX :** _____

SIGNATURE DU MEDECIN : _____ **DATE :** _____

5. DEMANDES RETROACTIVES**S'AGIT-IL D'UNE DEMANDE RETROACTIVE ?**

Oui Non

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il débuté ? _____

VEUILLEZ COCHER L'UNE DES OPTIONS SUIVANTES :

- Un traitement d'urgence ou le traitement d'une pathologie aiguë était nécessaire
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y avait pas suffisamment de temps – ou l'opportunité ne s'est pas présentée – pour soumettre une demande avant le prélèvement de l'échantillon
- La demande anticipée n'était pas requise en vertu de la réglementation applicable
- Équité (approbation requise de la part de l'AMA et la FIFA)

Veillez préciser :

6. DEMANDES PRECEDENTES

Avez-vous déjà soumis une demande d'AUT à une organisation antidopage ? Oui Non

Si oui, pour quelle substance ou méthode ? _____

Auprès de qui l'avez-vous soumise ? _____ Quand ? _____

Décision : Approuvée Refusée

7. DECLARATION DU JOUEUR/DE LA JOUEUSE

Je soussigné(e), _____, certifie que les informations figurant aux sections 1, 5 et 6 sont précises et correctes. J'autorise la divulgation de mes informations médicales personnelles au personnel autorisé de mon organisation antidopage et de l'Agence mondiale antidopage (AMA), au comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques de l'AMA (CAUT) et au comité de toute autre organisation antidopage chargée des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques, ainsi qu'à tout personnel autorisé ayant le droit d'accéder à ces informations en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques. Ces personnes sont tenues au secret professionnel ou à une obligation contractuelle de confidentialité.

Je consens à ce que mon ou mes médecin(s) puisse(nt) divulguer aux personnes susmentionnées toute information médicale qu'elles estiment nécessaire pour l'examen de ma demande et la décision y afférente.

Je comprends que mes informations serviront uniquement à des fins d'examen de ma demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques et dans le cadre d'enquêtes et de procédures liées à de potentielles violations des règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir plus d'informations sur l'utilisation des données relatives à ma santé ; (2) exercer tout droit dont je dispose, notamment les droits d'accès, consultation, rectification, restriction et opposition ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des informations concernant ma santé, je dois en informer mon médecin et mon organisation nationale antidopage par écrit. Je comprends et accepte qu'il peut être nécessaire que des informations relatives à une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques renseignées avant la révocation de mon consentement soient conservées dans le but d'ouvrir une procédure ou une enquête visant à établir une possible violation des règles antidopage, lorsque cela est requis par le Code mondial antidopage, les règles internationales ou la législation nationale de lutte contre le dopage ; ou dans celui d'établir, exercer ou défendre un droit dans le cadre d'une action en justice me concernant ou concernant l'AMA et/ou l'organisation antidopage.

Je consens à ce que toute décision consécutive à cette demande soit mise à la disposition de toute organisation antidopage ou autre organisation compétente pour procéder à des contrôles et/ou gérer des résultats de contrôles sur ma personne.

Je comprends et accepte que les récipiendaires de mes informations personnelles et de la décision consécutive à cette demande peuvent se trouver hors de mon pays de résidence. Dans certains de ces pays, la législation sur la protection des données et le respect de la vie privée peuvent ne pas être équivalents à ceux de mon pays de résidence. Je comprends que mes informations peuvent être stockées dans ADAMS, un système hébergé par l'AMA sur des serveurs situés au Canada, et conservées pendant la durée indiquée dans le Standard international pour la protection des renseignements personnels (SIPRP).

Je comprends que si j'estime que mes informations personnelles ne sont pas utilisées conformément à la présente déclaration de consentement et au Standard international pour la protection des renseignements personnels, je peux déposer une plainte auprès de l'AMA (privacy@wada-ama.org), de la FIFA ou des autorités compétentes en matière de protection des données dans mon pays.

Je comprends que les entités mentionnées ci-dessus peuvent s'en tenir à une législation nationale de lutte contre le dopage qui passe outre mon consentement ou à d'autres lois en vigueur imposant une transmission des informations aux tribunaux locaux, aux forces de l'ordre ou à d'autres autorités publiques. Je peux obtenir des renseignements complémentaires sur la législation nationale de lutte contre le dopage auprès de la FIFA ou de l'organisme antidopage de mon pays.

SIGNATURE DU JOUEUR/DE LA JOUEUSE : _____ **DATE :** _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR : _____ **DATE :** _____

(Si le joueur/la joueuse est mineur(e) ou qu'une déficience l'empêche de signer ce formulaire, un des parents du joueur/de la joueuse ou son tuteur légal doit le signer au nom du joueur/de la joueuse.)

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE OU ILLISIBLE SERA RETOURNEE ET DEVRA ETRE A NOUVEAU
SOUmise.**

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI PAR COURRIEL AU DEPARTEMENT
MEDECINE ET ANTIDOPAGE DE LA FIFA. VEUILLEZ TOUT D'ABORD ENVOYER UN COURRIEL
FORMEL A ANTIDOPING@FIFA.ORG SANS Y JOINDRE LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUT OU
LES DOCUMENTS MEDICAUX PERTINENTS. LA FIFA VOUS ENVERRA UN LIEN PERSONNALISE
VERS UN DOSSIER CRYPTÉ. IL VOUS FAUDRA ALORS SOUMETTRE LE FORMULAIRE DE DEMANDE
D'AUT ET LES DOCUMENTS MEDICAUX PERTINENTS DANS CE DOSSIER CRYPTÉ. VEUILLEZ A NE
JAMAIS ENVOYER DES INFORMATIONS PERSONNELLES PAR COURRIER ELECTRONIQUE.**