

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES (AUT)

**PRIERE DE REMPLIR TOUS LES CHAMPS (EN LETTRES MAJUSCULES).
VEUILLEZ NOTER QUE LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUT ET LE DOSSIER MEDICAL COMPLET (AVEC RAPPORTS ET DOCUMENTS) DOIVENT ETRE REMPLIS DANS L'UNE DES QUATRE LANGUES OFFICIELLES DE LA FIFA.**

1. INFORMATIONS CONCERNANT LE JOUEUR

NOM :	_____	PRENOMS :	_____
FEMME <input type="checkbox"/>	HOMME <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNEE)	_____
ADRESSE :	_____		
VILLE :	_____	PAYS :	_____
TEL. :	_____	COURRIEL :	_____
NATIONALITE :	_____		
NOM DU CLUB OU DE LA FEDERATION DE FOOTBALL :	_____		

Veillez cocher la case correspondante :

- JE FAIS PARTIE DU GROUPE CIBLE INTERNATIONAL DE JOUEURS SOUMIS 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)
- JE FAIS PARTIE D'UN GROUPE CIBLE DE JOUEURS SOUMIS AUX CONTROLES D'UNE ORGANISATION NATIONALE
ANTIDOPAGE : _____
(NOM DE L'ORGANISATION)
- DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UNE AUT EMISE PAR L'AMA
- AUCUNE DE CELLES-CI

¹ Prière de se référer à la politique de la FIFA en matière d'AUT, publiée à l'adresse www.fifa.com/medical, <http://extranet.fifa.com/medical> et <http://www.fifa.com/antidoping> pour la liste des compétitions désignées

Réponse à retourner :

par fax au numéro : _____
(Veuillez préciser les indicatifs du pays et de la région concernés)

par courriel à l'adresse : _____

par la poste : à l'adresse : _____

2. INFORMATIONS MEDICALES**DIAGNOSTIC AVEC INFORMATIONS MEDICALES SUFFISANTES A L'APPUI (CF. NOTE 1) :**

Dans le cas où un traitement autorisé peut être administré pour soigner le patient, veuillez justifier cliniquement l'utilisation de la médication interdite :

3. DETAILS MEDICAUX

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

Durée du traitement prescrit : (Cocher la case correspondante)	Une seule prise <input type="checkbox"/>	Urgence <input type="checkbox"/>
	Date d'urgence _____	
	Ou durée (semaines/mois) _____	

S'il s'agit d'un traitement d'urgence, d'un traitement prescrit dans le cas d'un état pathologique grave ou de circonstances exceptionnelles, veuillez décrire ci-dessous dans le détail le niveau d'urgence ou indiquer les raisons pour lesquelles le délai pour soumettre une demande d'AUT était insuffisant.

Avez-vous déjà soumis une demande d'AUT ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Pour quelle substance ? _____			
À qui l'avez-vous soumise ? _____			
Décision : Demande approuvée <input type="checkbox"/>			Demande refusée <input type="checkbox"/>

4. DECLARATION DU MEDECIN

Je certifie par la présente que la prescription du traitement susmentionné est médicalement appropriée et que l'administration d'un autre traitement ne figurant pas sur la liste des interdictions serait insatisfaisante au vu de l'état du patient.

NOM : _____

SPECIALITE MEDICALE : _____

ADRESSE : _____

TEL. : _____ **COURRIEL :** _____

TELEPHONE PORTABLE : _____ **FAX :** _____

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

5. DECLARATION DU JOUEUR

Je soussigné(e) _____ certifie que les informations mentionnées sous le point 1 sont exactes et demande par la présente que soit approuvée l'utilisation d'une substance ou d'un traitement figurant sur la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation de mes informations médicales personnelles à l'unité antidopage de la FIFA et aux autres organes concernés de la FIFA, au Comité pour l'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques de l'AMA (CAUT) ainsi qu'au personnel autorisé de l'AMA, et aux comités d'autres organisations antidopage chargés des Autorisations d'Usage à des fins Thérapeutiques, ainsi qu'à leur personnel autorisé, conformément aux clauses stipulées dans le Code mondial antidopage. Je comprends que, dans le cas où je souhaite révoquer le droit desdites organisations d'obtenir en mon nom des informations sur mon état de santé, je dois à cet effet en aviser par écrit mon médecin et la FIFA.

SIGNATURE DU JOUEUR : _____ **DATE :** _____

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

(Si le joueur est mineur ou dans l'impossibilité de signer ce formulaire pour cause d'invalidité, un des parents du joueur ou son tuteur légal doit signer au nom du joueur).

6. REMARQUE

REMARQUE 1	DIAGNOSTIC
	<p>Toute preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et transférée avec cette demande. La preuve médicale doit être assortie des antécédents médicaux complets comprenant tous les résultats d'examen, analyses de laboratoire ou études par imagerie pertinents conformément à la politique d'AUT de la FIFA.</p> <p>Des copies des rapports ou lettres originaux doivent être fournies si possible. La preuve doit être aussi objective que possible dans les circonstances cliniques et dans le cas de conditions non prouvables, un avis médical indépendant sera utilisé à l'appui de cette demande.</p>

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

VEUILLEZ FAXER LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI AU BUREAU MEDICAL DE LA FIFA AU :

+41 43 222 75 03

**LE TRAITEMENT NE PEUT ETRE ADMINISTRE QU'APRES
APPROBATION DE L'AUT PAR LA FIFA**

STRICTEMENT CONFIDENTIEL