

AUTORISATION A USAGE THERAPEUTIQUE (AUT)



FORMULAIRE DE DEMANDE

Programme 3b

Fax IRB : +353 1 2409 289

E-mail : TUE@irb.com

Conformément à la Section 4 de l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques de l'AMA et du Règlement 21.5 de l'IRB, tout Joueur souhaitant faire une demande pour l'usage de Substances Interdites ou d'une Méthode Interdite pour traiter un état pathologique légitime doit faire ladite demande au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) compétent par l'intermédiaire de sa Fédération.

SECTION A – Renseignements sur le Joueur – PRIERE D'ECRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MAJUSCULES

Prénom :	Nom :	Date de naissance :	/	/
Sexe :	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Numéro Téléphone – Portable : <input type="text"/>	
Fédération et niveau :		Equipe/Club:		
<small>par ex. Equipe nationale 15/7/M2 etc.</small>				

SECTION B – Notification du Médecin traitant et Renseignements Médicaux

Nom :	Spécialité Médicale :	
Adresse :		
Numéro Téléphone – Bureau :	Numéro Fax :	Numéro Téléphone – Portable :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email :		
Diagnostic, avec informations médicales suffisantes (voir note 1) :		
Nom du médecin chef de la Fédération nationale (le cas échéant) (voir note 2) :		

SECTION C – Renseignements Médicaux

Substance(s) interdite(s) :	Posologie	Voie d'administration	Fréquence
1.			
2.			

Durée prévue du traitement : Une fois seulement Urgence Semaines Mois Années

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la condition pathologique, fournir la justification clinique de l'usage requis d'un médicament interdit :

SECTION D - Déclaration du Médecin Traitant

Je,, certifie que la ou les substances mentionnées ci-dessus pour le Joueur susnommé ont été ou sont administrées comme traitement approprié pour l'état pathologique indiqué ci-dessus.

Signature du Médecin Traitant : Date : / /

SECTION E - – Demandes d'AUT antérieures ou en cours

Demandes d'AUT antérieures ou en cours	Oui	Non	Date : .../.../.....
Dans l'affirmative, quelle(s) substance(s) ?			
Organisme d'AUT qui a rendu la décision :		Décision d'AUT : Joindre une copie de la dernière demande d'AUT et du Certificat d'approbation	

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

AUTORISATION A USAGE THERAPEUTIQUE (AUT)



FORMULAIRE DE DEMANDE

Programme 3b

Fax IRB : +353 1 2409 289

E-mail : TUE@irb.com

SECTION F - Déclaration du Joueur

Je,, certifie que les renseignements des Sections A et B sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser une Substance ou Méthode Interdite de la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise l'enregistrement (électronique ou autre) et/ou la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'Organisation antidopage concernée ainsi qu'au personnel de l'AMA et au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA en vertu du Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit du CAUT de l'organisation antidopage ou du CAUT de l'AMA d'obtenir mes renseignements de santé en mon nom, je dois en aviser mon médecin traitant par écrit. J'accepte également qu'en cas de retrait de mon consentement pour la divulgation des informations médicales me concernant, l'approbation d'une AUT ou le renouvellement d'une AUT existante pourra m'être refusé(e) car une AUT ne peut être accordée ou renouvelée sans la communication de renseignements médicaux détaillés.

Je sais que la demande d'une AUT exige le traitement de toutes les données (qui peuvent être par exemple transmises, révélées, utilisées et stockées) relatives à ladite demande par l'administration antidopage appropriée / les systèmes de gestion de données y compris entre autres, ADAMS* pour garantir des programmes antidopage harmonisés, coordonnés et efficaces pour la détection, dissuasion et prévention du dopage. Signer le présent formulaire signifiera que j'ai été informé et ai expressément donné mon consentement pour le traitement desdites données.

Je comprends et accepte que ma demande d'AUT sera considérée uniquement après la soumission au système ADAMS ou autre, par moi-même ou par mon Agence national antidopage du présent formulaire rempli ainsi que tous les documents appropriés relatifs à la demande.

Je comprends et accepte que les données relatives à mon AUT seront mises à la disposition par le biais d'ADAMS et/ou de tout système de gestion/d'administration de données antidopage approprié d'agence national antidopage autorisée, de l'AMA et du Comité d'AUT. Je comprends et accepte que si une AUT m'est accordée, ladite AUT et les informations seront traitées électroniquement par le biais d'ADAMS (et/ou de tout système de gestion/d'administration de données antidopage approprié) pour une période d'un minimum de 8 ans, qui est la période pendant laquelle une procédure peut être engagée à la suite d'une violation d'une règle antidopage énoncée au Code/Règlement 21 de l'IRB.

L'AMA, les Organisations antidopage et les Comités d'AUT ne révéleront aucune de mes données liées au Contrôle du Dopage à aucune autre personne que les personnes au sein de leur organisation qui ont besoin de ces données à des fins de contrôle du dopage conformément au Code.

Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées 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 TAS.

CONSENTEMENT

Par la présente, je renonce toute plainte, procédure, responsabilité, tout dommage ou coût que vous pourriez réclamer à l'AMA, ainsi qu'aux Organisations antidopage concernées et CAUT, qui pourrait survenir dans le cadre du traitement des données liées à mon AUT par le biais d'ADAMS et/ou tout autre système de gestion/administration approprié.

ANNULATION DU CONSENTEMENT

Je comprends que je peux à tout moment annuler mon consentement pour le traitement des données relatives à mon AUT par le biais d'ADAMS et/ou tout autre système de gestion/administration approprié. Je comprends également qu'en cas d'une telle annulation de ma part, l'approbation pour une AUT ou le renouvellement d'une AUT existante me sera refusée.

Signature du Joueur : _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature du parent ou du représentant légal : _____

Date: ____ / ____ / ____

(Si le Joueur est mineur, un parent ou un représentant légal devra signer avec lui ou en son nom)

(Jour/Mois/An)

* ADAMS est le système d'administration et de gestion antidopages qui a été développé pour permettre aux athlètes et aux organisations antidopage d'entrer et de partager des données relatives au contrôle du dopage. ADAMS est un système en ligne, basé sur l'Internet qui permet un partage restreint des données relatives au contrôle du dopage seulement pour les organisations qui ont le droit d'accéder à ces données conformément au Code mondial de l'AMA.

SECTION G – Notes

Note 1 *Diagnostic : La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et soumise avec la présente demande. La preuve médicale devrait inclure l'historique clinique complet, et les résultats de tout examen pertinent, analyse de laboratoire et étude par imagerie. Des copies des rapports ou lettres originaux devraient être inclus si possible. La preuve devrait être aussi objective que possible dans les circonstances cliniques et, dans le cas de conditions non démontrables, une opinion médicale indépendante appuiera la présente demande.*

Coordonnées du CAUT de l'IRB

INTERNATIONAL RUGBY BOARD Huguenot House, 35-38 St. Stephen's Green, Dublin 2, Irlande

Tél : +353 1 2409 212 **Fax :** +353 1 2409 289 **Email :** tue@irb.com

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

STRICTEMENT CONFIDENTIEL