



Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Aide-mémoire et formulaire de demande

Insuffisance androgénique et Hypogonadisme chez l'homme

CANADIAN CENTRE
FOR ETHICS
IN SPORT

CENTRE CANADIEN
POUR L'ÉTHIQUE
DANS LE SPORT

201-2723 chemin Lancaster Rd
Ottawa ON Canada K1B 0B1
Tel/Tél + 1 613 521 3340
+ 1 800 672 7775
Fax/Télééc + 1 613 521 3134
info@cces.ca www.cces.ca

Étape 1: Lisez tout sur les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT).

- Avant de soumettre votre demande, visitez le www.cces.ca/fr/exemptions-medicales afin de passer en revue vos exigences et le processus de demande.
- Afin d'aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées, l'AMA tient à jour une série de lignes directrices pour les demandes d'AUT pour de nombreuses conditions médicales touchant couramment les athlètes. On peut accéder à ces lignes directrices à l'intention des médecins en entrant les termes de recherche « information médicale » sur le site de l'AMA : www.wada-ama.org.

Étape 2: Remplissez le formulaire de demande d'AUT.

- Le CCES acceptera les demandes soumises par le formulaire de demande d'AUT du CCES ou le formulaire de demande d'une FI, à condition que tous les renseignements requis soient inclus.
- Tous les renseignements de la demande doivent être lisibles (de préférence tapés ou en caractère d'imprimerie).
- Tous les champs doivent être dûment remplis, et la demande doit être datée et signée par l'athlète et le médecin prescripteur.
- Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées aux athlètes sans avoir été traitées.

Étape 3: Dressez un dossier médical.

- Recueillez une attestation médicale confirmant le diagnostic et le traitement prescrit tel qu'indiqué dans la Section 2 du formulaire de demande.

Étape 4: Soumettez votre formulaire de demande d'AUT rempli et votre dossier médical.

- Par télécopieur : 613-521-3134;
- Par courriel : tue-aut@cces.ca; ou
- Par la poste : ATTN : Services aux athlètes, CCES, 201-2723 rue Lancaster, Ottawa, ON, K1B 0B1.

Veillez noter :

- Le CCES accusera réception de votre demande d'AUT par courriel dans les deux jours ouvrables. Si vous ne recevez pas de confirmation de réception suivant la soumission de votre demande, veuillez communiquer avec ce dernier.
- Le CCES communiquera avec l'athlète pour l'informer de la décision rendue relativement à sa demande, ou si d'autres renseignements s'avèrent nécessaires.
- L'examen d'une demande d'AUT complète peut prendre jusqu'à 21 jours.
- Les demandes incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau avec plus de renseignements.
- Conserver une copie de votre formulaire de demande et de votre dossier médical pour vos dossiers.
- Tous les frais médicaux engagés pour l'achèvement de la demande d'AUT ou d'enquêtes supplémentaires, des examens ou des études d'imagerie sont de la responsabilité de l'athlète.



Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

*Insuffisance androgénique et
Hypogonadisme chez l'homme*

CANADIAN CENTRE
FOR ETHICS
IN SPORT

CENTRE CANADIEN
DANS LE SPORT
POUR L'ÉTHIQUE

201-2723 chemin Lancaster Rd
Ottawa ON Canada K1B 0B1
Tel/Tél + 1 613 521 3340
+ 1 800 672 7775
Fax/Télééc + 1 613 521 3134
info@cces.ca www.cces.ca

Faire parvenir le formulaire dûment complété au CCES : Téléc. : (613) 521-3134 Courriel : tue-aut@cces.ca

Courrier : Services aux athlètes, CCES, 201-2723 rue Lancaster, Ottawa, ON, K1B 0B1.

Prière de compléter toutes les sections en lettres moulées ou dactylographiées. Conserver une copie pour vos dossiers.

1. Renseignements sur l'athlète

Nom de famille :		Prénom(s):	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance (j/m/a) :	jour/mois/année
Méthode de communication préférée :	<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Postes Canada		
Courriel :			
Adresse postale :			
Ville :		Province/État :	
Pays :		Code postale :	
Téléphone :			
Sport :		Discipline / Position :	
Faites-vous partie du groupe cible enregistré de votre fédération internationale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain		
Si vous prévoyez participer à un événement international, inscrire le nom et la date :			
Si l'athlète présente un handicap ou d'une déficience, précisez celle-ci :			
Demande d'AUT précédente?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s)?			
Auprès de quelle organisation?			
Date de la demande précédente.			
Décision :	<input type="checkbox"/> Approuvée	<input type="checkbox"/> Non Approuvée	

2. Renseignements médicaux (à remplir par votre médecin)

Diagnostic : Cochez la case appropriée ci-dessous.			
Hypogonadisme de type primaire		Hypogonadisme de type secondaire	
<input type="checkbox"/>	Syndrome de Klinefelter	<input type="checkbox"/>	Hypopituitarisme* – spontanée (p. ex., hyperprolactinémie, postopératoire, chimiothérapie)
<input type="checkbox"/>	Anorchidie congénitale	<input type="checkbox"/>	Hypogonadisme hypogonadotrophique*
<input type="checkbox"/>	Cryptorchidisme	<input type="checkbox"/>	Syndrome de Kallmann
<input type="checkbox"/>	Traitement contre le cancer – Testiculaire/Autre (p. ex., chirurgie, radiothérapie,)	<input type="checkbox"/>	Retard constitutionnel de la puberté
<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>	Autre :

Antécédents médicaux : Résumez les antécédents médicaux généraux et ceux liés à l'hypogonadisme ou à une insuffisance androgénique ainsi que le besoin d'un traitement à l'androgène.

**s'il vous plaît joindre des documents si nécessaire*

Examens cliniques : Résumez les conclusions avec une attention particulière sur les éléments liés au besoin du remplacement des androgènes.

**s'il vous plaît joindre des documents si nécessaire*

Rapports et études cliniques : Les documents suivants **doivent être joints** à la demande d'AUT.

<input type="checkbox"/>	Une lettre du médecin traitant datée de moins d'un an suivant la soumission de cette demande et qui stipule clairement le diagnostic, qui souligne les antécédents médicaux généraux et qui établit un lien avec l'hypogonadisme ou l'insuffisance androgénique ainsi que le besoin d'un traitement à l'androgène et toute conclusion fondée sur les résultats des tests en laboratoire.
<input type="checkbox"/>	Un rapport d'un endocrinologue.
<input type="checkbox"/>	Les résultats de toutes les enquêtes pertinentes, incluant les notes de consultations, les rapports de laboratoire, les dossiers d'hôpital et les autres études cliniques.
<input type="checkbox"/>	La correspondance pertinente échangée entre les médecins concernant le diagnostic et le traitement prescrit.
<input type="checkbox"/>	<p>*Dans un cas d'hypogonadisme ou d'hypopituitarisme hypogonadotrophique, l'évaluation appropriée de l'étiologie, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébral présentant des coupes de l'hypophyse (selle turcique), effectuée avec et sans agent de contraste; • Tests de la fonction hypophysaire, s'il y a lieu; et • Autres épreuves diagnostiques pertinentes visant à rechercher une éventuelle cause organique à l'hypogonadisme secondaire (p. ex., dosage de la prolactine, mesure du taux de fer sérique, tests génétiques de détection d'une hémochromatose héréditaire)

Mesures de base des hormones : Fournir deux différentes (2) mesures de base des hormones moins de six (6) mois après le début du traitement. Des copies des résultats de laboratoire doivent être jointes à la demande.

Date du prélèvement de l'échantillon	Testostérone (total)	Testostérone (libre)	LH	FSH
1.				
2.				

3. Renseignements détaillés sur les médicaments (à remplir par votre médecin)

Substances interdites : Noms génériques	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Durée du traitement
Entrez toutes les informations qui s'appliquent	Ex. 200 mg	Ex. inhalation, injection locale	Ex. BID, QID	Ex. une seule dose, urgence, un an
1.				
2.				
3.				

4. Déclaration du médecin (à remplir par votre médecin)

J'atteste que les renseignements contenus dans les sections 2 et 3 sont exacts et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.

Nom de famille :		Prénom(s):	
Spécialité médicale :			
Adresse :			
Ville :		Province/État :	
Pays :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	
Signature :		Date (j/m/a) :	jour/mois/année

5. Médecin ayant posé le diagnostic (si différent du médecin traitant)

Nom de famille :		Prénom(s) :	
Spécialité médicale :			
Adresse :			
Ville :		Province/État :	
Pays :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	

6. Demandes rétroactives

Est-ce une demande rétroactive?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date le traitement a-t-il débuté?	Date (jour/mois/année) :	jour/mois/année
Veuillez indiquer la raison :		
<input type="checkbox"/> Nécessité d'un traitement d'urgence ou d'une condition médicale grave.		
<input type="checkbox"/> Un manque de temps ou de possibilité attribuable à des circonstances exceptionnelles empêchait de procéder à la soumission d'une demande préalable au prélèvement d'échantillons.		
<input type="checkbox"/> Selon les règles applicables, une demande anticipée n'est pas exigée.		
<input type="checkbox"/> Autre		
Veuillez expliquer :		

7. Consentement à l'échange de renseignements

Je, _____, autorise le Centre canadien pour l'éthique dans le sport (CCES) à partager de l'information médicale associée à mon application d'autorisation d'usage à des fins thérapeutique avec le personnel sportif et médical de mon équipe ou autre, plus particulièrement _____ <u>nom</u> _____. Je comprends que le CCES peut communiquer avec ces personnes pour obtenir plus d'informations si nécessaire ou pour fournir une mise à jour du statut de cette demande.		
Signature de l'athlète:		Date (j/m/a) :

8. Déclaration de l'athlète

Je, _____ certifie que les renseignements dans ce formulaire sont exacts et je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou une méthode qui se trouve sur la liste des interdictions de l'Agence mondiale antidopage (AMA). J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels en matière de santé au Centre canadien pour l'éthique dans le sport (CCES) ou à d'autres organisations antidopage (OAD) de même qu'au personnel autorisé de l'AMA, au CAUT (comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres employés du CCES ou du CAUT de l'OAD qui pourraient avoir besoin d'accéder à cette information sous le Code de l'Agence mondiale antidopage (« Code ») ou pour le Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT). J'accepte que mes médecins divulguent au CCES ou à des OADs les renseignements personnels ou les renseignements sur ma santé qu'ils jugent nécessaires afin de permettre au CAUT d'évaluer mes demandes et rendre des décisions à leur sujet.

J'autorise mon ou mes médecins à divulguer aux personnes susmentionnées toute information personnelle ou tout renseignement personnel en matière de santé jugé nécessaire pour que le CCES ou toute autre OAD étudie ma demande et statue sur celle-ci.

Je consens à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels et de mes renseignements personnels en matière de santé par le CCES ou toute autre OAD pour les raisons décrites dans cette demande ou autrement requises par cette demande. Je consens à ce que le CCES ou toute autre OAD fasse part de mes renseignements personnels ou de mes renseignements personnels en matière de santé à une tierce partie comme requis par le Code, le SIAUT ou pour toute autre fin découlant de cette demande.

Je comprends et accepte que les destinataires de mes renseignements personnels en matière de santé et de la décision à propos de cette demande puissent être à l'extérieur de la province ou du pays dans lequel je réside. Dans certains de ces pays, la protection des données et les lois sur la vie privée peuvent ne pas être équivalentes à celles de mon pays de résidence. J'autorise le CCES ou toute autre OAD à utiliser ou à divulguer mes renseignements personnels en matière de santé à n'importe quelle province ou n'importe quel pays comme requis par le Code, le SIAUT ou à toute autre fin découlant de cette demande.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir plus d'information sur l'usage de mes renseignements personnels et de mes renseignements personnels en matière de santé; (2) exercer mon droit d'accès et de correction; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les OAD ou autres organisations compétentes pour les contrôles ou la gestion des résultats.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du Tribunal Arbitral du Sport si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et le Standard international pour la protection des renseignements personnels.

Cochez la case autorisant la divulgation de vos renseignements personnels en matière de santé :

J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels en matière de santé aux membres de l'équipe soignante des grands jeux auxquels je pourrais participer, à mon équipe de médecins et à mon organisation nationale de sport.

Je désire partager ces renseignements uniquement avec le CCES, AMA, les CAUT concernés et ma fédération internationale.

Signature de l'athlète :		Date (j/m/a) :	jour/mois/année
--------------------------	--	----------------	-----------------

(Si l'athlète est mineur(e) ou présente un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un représentant légal devra signer ce formulaire avec lui ou elle ou en son nom.)

Nom de famille :		Prénom(s) :	
------------------	--	-------------	--

Signature du parent/représentant :		Date (j/m/a) :	jour/mois/année
------------------------------------	--	----------------	-----------------