



## Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) – Liste de vérification

*Syndrome des ovaires polykystiques (SOP)*

Substances interdites : clomiphène, létrozole

CANADIAN CENTRE  
FOR ETHICS IN SPORT

CENTRE CANADIEN  
DANS LE SPORT  
POUR L'ÉTHIQUE

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

Cette liste de vérification vise à guider l'athlète et son médecin dans les exigences à l'égard d'une demande d'AUT. La demande doit comprendre le formulaire rempli et le dossier médical confirmant le diagnostic et l'ordonnance. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir tous les éléments obligatoires inscrits sur la liste de vérification, veuillez demander au médecin traitant d'expliquer pourquoi.

Le comité d'AUT du CCES étudiera la demande complète et le dossier médical afin d'évaluer si les critères du Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT) sont satisfaits. L'octroi de l'AUT n'est pas garanti.

Si la demande n'est pas accompagnée du dossier médical complet, le CCES indiquera les documents manquants à l'athlète et lui demandera de les transmettre.

<input type="checkbox"/> <b>Formulaire de demande d'AUT :</b>
<input type="checkbox"/> Toutes les sections doivent être remplies et lisibles.
<input type="checkbox"/> Tous les renseignements doivent être fournis en français ou en anglais.
<input type="checkbox"/> Le médecin prescripteur doit apposer sa signature.
<input type="checkbox"/> L'athlète doit signer toutes les sections pertinentes.
<input type="checkbox"/> <b>Lettre du médecin prescripteur</b> attestant que l'athlète a été vue au cours de l'année (voir l'exemple à l'annexe 1).
<input type="checkbox"/> <b>Les rapports médicaux</b> doivent comprendre :
<input type="checkbox"/> Les antécédents familiaux et personnels associés au diagnostic du SOP.
<input type="checkbox"/> Les antécédents menstruels.
<input type="checkbox"/> Les symptômes cliniques pertinents (p. ex., hirsutisme, alopecie androgénique, acné, infertilité, intolérance au glucose, dépression, anxiété).
<input type="checkbox"/> Un examen physique général, y compris l'évaluation de la distribution et de la densité pileuse, de l'acné, la mesure de la tension artérielle, du poids, de la taille et de l'IMC, ainsi qu'un examen pelvien, le cas échéant.
<input type="checkbox"/> Le ou les traitements antérieurs et la réponse à ceux-ci.
<input type="checkbox"/> La liste des traitements antérieurs et actuels.
<input type="checkbox"/> <b>Les résultats des tests diagnostiques</b> doivent comprendre une copie de ce qui suit :
<input type="checkbox"/> Analyses de laboratoire pour le SOP démontrant l'hyperandrogénie biochimique.
<input type="checkbox"/> Résultats d'imagerie (p. ex., échographie transvaginale), le cas échéant.

Pour plus amples renseignements sur le SIAUT de l'AMA ainsi que sur la documentation requise, veuillez consulter les [Lignes directrices sur les AUT à l'intention des médecins sur le syndrome des ovaires polykystiques de l'AMA](#).