



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

Insuffisance rénale (insuffisance rénale et greffe de rein)

Substances interdites : glucocorticoïdes, érythropoïétine, diurétiques, bêtabloquants, facteur inductible par l'hypoxie (HIF), inhibiteurs de la prolyl-hydrolase

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, qui permettront au Comité AUT d'évaluer si les critères pertinents du Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT) sont satisfaits.

Veillez noter que la soumission d'un formulaire de demande d'AUT seulement n'est pas suffisante; des documents d'appui **doivent** être fournis. De plus, il est important de noter qu'un formulaire de demande d'AUT ainsi que les documents dressés dans la liste de vérification ne garantissent pas l'octroi d'une AUT. Inversement, dans certaines situations, une demande légitime peut ne pas comprendre tous les éléments de la liste de vérification.

Les documents inclus dans votre dossier médical doivent confirmer le diagnostic ainsi que la prescription et inclure :

<input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'AUT :
<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"/> Lettre du médecin prescripteur attestant que l'athlète a été vu au cours de l'année (voir l'exemple à l'annexe 1).
<input type="checkbox"/> Les rapports médicaux doivent comprendre :
<input type="checkbox"/> L'historique médical : symptômes, âge de leur apparition, démarche diagnostique du médecin traitant.
<input type="checkbox"/> Description du déclin de la fonction rénale et preuves de satisfaction aux critères justifiant la greffe de rein fournies par un néphrologue ou portant sa signature. L'information peut être fournie par le médecin traitant si elle est validée par un néphrologue.
<input type="checkbox"/> Protocole opératoire de la greffe, signé par le chirurgien ou un néphrologue.
<input type="checkbox"/> Dans les cas de rejet/dysfonction du greffon : preuves à cet égard fournies par un néphrologue ou portant sa signature.
<input type="checkbox"/> En présence de complications cardiovasculaires : preuves d'hypertension artérielle ou de cardiopathie ischémique et justification thérapeutique de l'utilisation d'un bêtabloquant fournies par le médecin traitant ou un cardiologue.
<input type="checkbox"/> Dose, fréquence et voie d'administration de la ou des substances interdites prescrites (c.-à-d., glucocorticoïde, érythropoïétine, diurétiques, bêtabloquants, facteur inductible par l'hypoxie [HIF], inhibiteurs de la prolyl-hydrolase).
<input type="checkbox"/> Les résultats des tests diagnostiques doivent comprendre une copie de ce qui suit :
<input type="checkbox"/> Analyses de laboratoire démontrant le déclin de la fonction rénale avant la transplantation; analyses sanguines attestant de la présence d'anémie dans le cas d'un traitement par EPO.
<input type="checkbox"/> Mesures de la tension artérielle; électrocardiogramme, coronarographie par tomographie par ordinateur, échocardiographie, angiographie coronarienne, etc., s'il y a lieu, dans le cas d'un traitement par un diurétique ou un bêtabloquant.

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 l'insuffisance rénale et transplantation rénale de l'AMA](#).