



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

*Sinusite/rhinosinusite*

Substances interdites : pseudoéphédrine, glucocorticoïdes

CANADIAN CENTRE  
FOR ETHICS IN  
SPORT

CENTRE CANADIEN  
DANS LE  
POUR L'ÉTHIQUE SPORT

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 vu 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"/> L'historique médical : symptômes précis (> 2 des symptômes suivants : douleur faciale, obstruction nasale, sécrétions nasales purulentes/écoulement nasal, hyposmie/anosmie), intensité (y compris en contexte d'amélioration ou d'aggravation) et durée des symptômes en nombre de jours/semaines.
<input type="checkbox"/> Résultats de l'examen clinique : congestion/obstruction nasale, sensation douloureuse de pression, écoulement nasal, hyposmie/anosmie.
<input type="checkbox"/> Le diagnostic.
<input type="checkbox"/> Dose, fréquence et voie d'administration de la pseudoéphédrine ou du glucocorticoïde (ces deux substances sont uniquement interdites en compétition [glucocorticoïde à action générale et pseudoéphédrine si la dose est supérieure à la dose thérapeutique maximale de 240 mg par jour ou en préparation à libération prolongée]).
<input type="checkbox"/> L'explication des raisons pour lesquelles le traitement de rechange non interdit n'a pas été utilisé ou n'était pas suffisant et la durée prévue du traitement.
<input type="checkbox"/> <b>Les résultats des tests diagnostiques</b> doivent comprendre une copie de ce qui suit :
<input type="checkbox"/> Les analyses de laboratoire sont facultatives (p. ex., culture nasale).
<input type="checkbox"/> Résultats d'imagerie ou d'autres examens : la confirmation par tomodensitométrie ou endoscopie n'est requise que pour les affections chroniques.

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 la sinusite/rhinosinusite de l'AMA](#).