

Strictement Confidentiel

Ligue Belge Francophone d'Athlétisme

119 d avenue de Marathon
1020 Bruxelles

**Formulaire de demande d'Autorisation d'usage à des
fins thérapeutiques (AUT)**

Merci de remplir ce formulaire **complètement** et de manière **lisible**. En effet toute demande incomplète et/ou illisible sera refusée.

**Identification de l'athlète*

Nom:

Prénom:

Femme/Homme (biffer mention inutile).

Date de naissance:

Discipline:.....

Niveau:.....

Adresse:.....

Code postal: Ville:..... Pays:.....

Téléphone professionnel:.....téléphone privé:

GSM:e-mail:

Fax:.....

Club:

**Renseignements médicaux*

Diagnostic: argumenté avec l'information médicale nécessaire:

.....
.....
.....
.....

La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe à la demande. La preuve médicale devrait inclure l'histoire médicale et les résultats de tout examen pertinent, des analyses de laboratoire et d'imagerie. Des copies des rapports originaux ou des courriers devraient être si possible incluses.

L'argumentaire devra être aussi objectif que possible sur les circonstances cliniques et en cas de conditions non démontrables un témoignage médical indépendant devra appuyer la demande. Concernant les bêta-2 agonistes : nécessité de fournir résultats spirométrie avec de tests de provocation ou/et bronchodilatation .

Examen(s) médicaux/test(s) réalisé(s):.....

Si une médication autorisée peut être utilisée pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation d'une médication interdite:

.....

**Traitements prescrits*

Substance(s) interdite(s) Nom générique	posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			

Durée prévisionnelle du traitement:

Demande (s) antérieure / en cours d'AUT oui ? non ?

SI oui à quelle(s) date(s) ?

A qui ?.....

Conclusions ?.....

**Renseignements complémentaires:*

.....
.....
.....
.....

**Déclaration du médecin traitant*

Je soussigné,, certifie que le(s) traitement(s) mentionné(s) ci-dessus est (sont) médicalement adapté(s) et que usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

Spécialité médicale :.....

Adresse :.....

Tel :.....

cachet:.....

.....
.....
.....

Signature du médecin:Date.....

**Déclaration de l'athlète*

Je soussigné,..... certifie que les renseignements repris ci-dessus sont exacts et que je sollicite l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la liste des interdictions de la LBFA. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux à la commission antidopage de la LBFA pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques ainsi qu'à toute autre personne susceptible d'intervenir dans l'examen de ma demande (y compris, le cas échéant, au personnel de l'IAAF ou de l'AMA). Je comprends que ,si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit de la commission antidopage de l'IAAF d'obtenir en mon nom des renseignements médicaux, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et la

commission antidopage. Je suis informé que dans ce cas ni une AUT ni un renouvellement d'AUT existante ne pourront m'être accordés. J'autorise par ailleurs la communication de la décision à l'IAAF et l'AMA.

Signature du sportif: Date:.....

Signature d'un des parents ou du tuteur légal:

Date:.....

Rem: si l'athlète est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

Veillez envoyer votre dossier de demande complet à la commission antidopage de la LBFA (à l' attention du Dr Forthomme)et en garder une copie.