

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES (AUT)

- Votre formulaire doit être complété lisiblement en français ou en Anglais ;
- Toutes les sections doivent être complété en **LETTRES MAJUSCULES** ;
- La demande doit être accompagnée d'une somme de 15 000 FCFA, correspondant à la participation forfaitaire aux frais d'instruction. Le rejet de la demande d'AUT ne donne pas droit au remboursement de ces frais ;
- Sauf urgence médicale, état pathologique aigu ou circonstances exceptionnelles, le dossier complet de la demande doit être déposé **rente jours avant la compétition** pour laquelle l'autorisation est demandée ;
- Le formulaire complété doit être transmis à l'OCALUDS par courrier à l'adresse suivante :
Organisation Camerounaise de Lutte contre le Dopage dans le Sport
BP : 1359 Yaoundé-Bastos
ou déposé au siège de l'OCALUDS, sis à Bastos, au 3^{ème} étage de l'immeuble abritant la représentation de la CEMAC, avec accusé de réception.

Si le dossier de demande est incomplet, l'OCALUDS notifiera les pièces manquantes. Le délai de vingt-et- pour examiner le dossier ne commence qu'à la réception par l'OCALUDS de l'ensemble des pièces nécessaires.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Identité du représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés :

Père Mère Autre (à préciser) _____

Nom _____ Prénoms _____

Sexe : M F Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : Cameroun Code Postal : _____

Tel (Avec code internationale): _____ Courriel : _____

Fédération : _____ N° de licence : _____

Sport : _____ Discipline : _____

Compétition pour laquelle vous souhaitez bénéficier de cette demande: _____

Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel : _____

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (continuez sur une feuille séparée si nécessaire)

Diagnostic argumenté avec information médicale nécessaire:

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la condition pathologique, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit.

| | |
|-------------|--|
| Note | <p>Diagnostic Diagnostic Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis à cette demande. Les preuves médicales devront comprendre un historique médical complet et les résultats de tous les examens apparentés, analyses de laboratoire, et études par imagerie. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointes. Les preuves concernant les circonstances cliniques devront être aussi objectives que possible. Et dans le cas de conditions ne pouvant être démontrées, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande</p> |
|-------------|--|

3. DETAILS DES MEDICAMENTS

| Substance(s) interdites(s) : Nom générique | Posologie | Voie D'administration | Fréquence | Durée du traitement |
|---|------------------|------------------------------|------------------|----------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

Préciser la date début du traitement (jj/mmm/aa) et sa durée :

4. DEMANDES RETROACTIVES

| | |
|--|--|
| <p>Cette demande est-elle rétroactive ?</p> <p>Oui : <input type="checkbox"/></p> <p>Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commence ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Veillez indiquer la raison :</p> <p>Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aigüe <input type="checkbox"/></p> <p>En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon <input type="checkbox"/></p> <p>Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables <input type="checkbox"/></p> <p>Autre raison <input type="checkbox"/></p> <p>Veillez expliquer :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|--|

5. ATTESTATION DU MEDECIN

Je, soussigné, certifie que les informations figurants aux sections 2,3 et 4 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié à l'état clinique du sportif.

Nom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Tél :FAX.....

Courriel :

Signature du médecin: date :.....

6. DEMANDES ANTERIEURS

Avez- vous déjà soumis une ou plusieurs demandes(s) d'AUT dans le passé ?

Oui non

Pour quelle substance ou méthode ?

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

A quel organisme ? A quelle date?

Décision : Approuvée Refusée

7. DECLARATION DU SPORTIF ET SIGNATURE

Je, soussigné, _____, certifie que les renseignements figurants aux sections 1, 5, et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques.

J'autorise mon/mes médecins(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et rendre une décision.

Je comprends que ces informations ne seront utilisées 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 davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements ; (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 organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se retrouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside. Je comprends que mes renseignements seront conservés dans le système Adams, qui est hébergé par l'AMA sur des serveurs basés au Canada, pendant la durée indiquée dans le Standard international pour la protection des renseignements personnels de l'AMA (SIPRP)

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

Je comprends que les entités mentionnées ci-dessus peuvent se référer et être soumises à des lois

nationales antidopage qui prévalent sur mon consentement, ou d'autres lois applicables qui peuvent exiger que des informations soient divulguées aux tribunaux, forces de l'ordre ou autres autorités publiques locales. Je peux obtenir sur ces lois nationales antidopage auprès de ma Fédération internationale ou de mon organisation nationale antidopage.

Signature du sportif : **Date** :

Signature du représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés :

Date :

(si le sportif est mineur ou présente un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur doit le signer en son nom)