



COMITÉ  
INTERNATIONAL  
OLYMPIQUE

## Formulaire de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

À retourner au département médical et scientifique du CIO  
par fax au +41 21 621 6361 ou par courriel à TUE@olympic.org,  
ou à la polyclinique du village olympique

Veillez remplir le formulaire en lettres majuscules ou à l'ordinateur

### 1. Renseignements concernant l'athlète

Nom de famille : ..... Prénom(s) : .....

Sexe : féminin  masculin  Date de naissance (j/m/a) : .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... E-mail : .....

(avec code international)

Sport : ..... Discipline/Position : .....

Fédération Internationale ou nationale de sport : .....

### 2. Données médicales

**Diagnostic – suffisamment détaillé** (voir note 1) :

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

**Si un médicament autorisé peut être prescrit pour traiter l'état pathologique, merci de fournir la justification clinique pour le recours à la substance interdite.**

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

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**



COMITÉ  
INTERNATIONAL  
OLYMPIQUE

### 3. Note:

Note 1

La demande doit comprendre un résumé clair des antécédents médicaux confirmant le diagnostic ainsi que des copies des résultats de tous les examens utiles, analyses de laboratoire et études par imagerie.

Dans le cas d'une demande d'AUT rétroactive, merci d'indiquer les raisons pour lesquelles la demande n'a pu être soumise selon la procédure habituelle.

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau.

Merci d'adresser le formulaire dûment rempli au comité AUT du CIO et d'en conserver un exemplaire pour vos archives.

### 4. Précisions concernant les médicaments

Substance(s) interdite(s) : <i>Nom générique</i>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1. ....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....

Durée prévue du traitement :  
(merci de cocher la case  
correspondante)

Une fois seulement    Date...../...../.....    urgence

ou durée (semaine/mois) : .....

S'agit-il d'une demande d'AUT rétroactive ?

oui     non

Avez-vous déjà soumis une demande d'AUT :

oui     non

Pour quelle substance ?

.....

À qui ? .....    Quand ? .....

Décision :    Approuvée     Rejetée

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**



COMITÉ  
INTERNATIONAL  
OLYMPIQUE

#### 5. Déclaration du médecin traitant

**Je, soussigné(e), certifie que le traitement susmentionné est médicalement justifié et que l'utilisation d'un autre médicament ne figurant pas sur la liste des interdictions ne serait pas satisfaisante pour cette pathologie.**

**Nom :** .....

**Spécialité médicale :** .....

**Adresse :** .....

**Tél.:** ..... **Fax :** .....

**E-mail :** .....

**Signature du médecin :** ..... **Date :** .....

#### 6. Déclaration de l'athlète

Je soussigné(e), ....., certifie que les informations figurant au point 1 sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode inscrite sur la liste des interdictions de l'AMA. Je consens à la communication des informations médicales me concernant au comité AUT du CIO et à toute autre partie concernée qui pourrait avoir le droit de connaître ces informations en application des dispositions du Code mondial antidopage.

Je reconnais que les informations me concernant seront uniquement utilisées pour évaluer ma demande d'AUT ainsi que dans le cadre d'enquêtes et procédures relatives à d'éventuelles violations des règles antidopage. Je reconnais que dans l'éventualité où je souhaiterais (1) obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des informations me concernant, (2) exercer mon droit d'accès et de modification, ou (3) retirer aux organisations concernées le droit d'obtenir en mon nom des informations concernant ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et le comité AUT du CIO. Je reconnais et accepte qu'il puisse s'avérer nécessaire de conserver les données relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement aux seules fins d'établir une éventuelle violation des règles antidopage, conformément aux exigences du Code mondial antidopage.

Si j'estime que mes données personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du Standard international de l'AMA pour la protection des renseignements personnels, je serai en droit de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

Signature de l'athlète : ..... Date : .....

Signature d'un parent / du tuteur : ..... Date : .....

*(Si l'athlète est mineur, l'un de ses parents ou son tuteur devra signer ce formulaire avec l'athlète ou en son nom.)*

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**