 **AGENCE NATIONALE ANTIDOPAGE D’ALGERIE**

Demande d’Autorisation d’Usage à des fins Thérapeutiques (AUT) :

*Veuillez remplir toutes les sections en lettres majuscules.*

* Les sportifs doivent compléter les sections 1, 2, 3 et 7 ; les médecins doivent compléter les sections 4, 5 et 6.
* Veuillez transmettre ce formulaire complété à **L’Agence Nationale Anti-dopage (ANAD), Rue Hassiba Benouali, Alger, Algérie (FAX : 020 04 26 13/ 020 04 29 82),** sans oublier d’en conserver une copie.

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

1. **Renseignements sur le sportif :**

Nom : ……………………………………. Prénom(s) : ............................................................

Sexe : Femme 🞏 Homme 🞏Date de naissance :(jj/mm/aaaa) :…………………

Adresse : . ………………………………………………………………………………………

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

 N°Tel : ……………………………………

Courriel :......…………………………………………………………………………………….

Sport : …………………………………………………………………………………………..

Discipline/position :…………………………………………………………………………….

Organisation sportive internationale ou nationale : ……………………………………………..…..……………………………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Demandes antérieures :**

**Avez-vous déjà présenté une ou plusieurs demandes d’AUT à une organisation antidopage pour la même affection :**

Oui🞏 Non 🞏

Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s)?..................................................................................

Auprès de qui? ………………………………………… Quand? ……………………………..

Décision : Approuvée 🞏 Refusée 🞏

1. **Demandes rétroactives** :

**La présente demande est-elle rétroactive?** Oui 🞏 Non 🞏

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé?...................................................................

L’une ou l’autre des exceptions suivantes s’appliquent-elles à votre situation? (article 4.1 du SIAUT)

🞏**4.1 (a)** – Vous avez eu besoin du traitement urgent ou très urgent d’une affection médicale.

🞏4**.1 (b)** – Un manque de temps ou de possibilités ou d’autres circonstances exceptionnelles vous ont empêché de soumettre une demande d’AUT, ou d’en obtenir l’évaluation, avant la collecte de l’échantillon.

**🞏 4.1 (c)** – Vous n’aviez pas l’autorisation ou l’obligation de demander une AUT à l’avance en vertu des règles antidopage établies par **l’Agence Nationale Anti-Dopage (ANAD)**

**🞏4.1 (d)** – Vous n’êtes pas un sportif de niveau international ou national et ne relevez pas d’une fédération internationale ni d’une organisation nationale antidopage, mais avez été soumis à un contrôle.

**🞏4.1 (e)** – Vous avez reçu un résultat positif après avoir fait usage, hors compétition, d’une substance qui est interdite en compétition seulement, p. ex., S9 – Glucocorticoïdes (Voir la [Liste des interdictions](https://www.wada-ama.org/en/resources/world-anti-doping-program/prohibited-list))

Veuillez expliquer (au besoin, joindre des documents supplémentaires).

**🞏Autres demandes rétroactives (article 4.3 du SIAUT) :**

Dans des circonstances exceptionnelles et nonobstant toute autre disposition du Standard international pour les autorisations d’usage à des fins thérapeutiques (SIAUT), un sportif peut demander et obtenir une AUT rétroactive si, au vu de l’objectif du Code, il serait manifestement injuste de ne pas accorder d’AUT rétroactive.

Afin de répondre aux conditions prévues à l’article 4.3, veuillez préciser les motifs de la présente demande et joindre tout document justificatif requis.

**Sections 4, 5 et 6 à remplir par le médecin.**

1. **Renseignements médicaux (veuillez joindre tout document pertinent) :**

Diagnostic (si possible, utilisez la plus récente version de la Classification internationale des maladies (CIM) de l’Organisation mondiale de la santé) :

|  |
| --- |
|  |

1. **Détails sur les médicaments :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Substance(s) ou méthode(s) interdite(s)Nom(s) génériques(s) | Posologie | Voie d’administration | Fréquence | Durée du traitement  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

*Les éléments confirmant le diagnostic doivent être joints et transmis avec cette demande.Les renseignements médicaux comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents.Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. De plus, il serait utile d’inclure un résumé du diagnostic et des principaux éléments des examens cliniques et des tests médicaux ainsi que du plan de traitement.*

*Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter l’affection, veuillez justifier la demande d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques du médicament interdit.*

*L’AMA tient à jour une série de listes de vérification visant à aider les sportifs et les médecins dans la préparation de demandes d’AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents en saisissant le terme de recherche « Liste de vérification » sur le site Web de l’AMA (*[*https://www.wada-ama.org/fr*](https://www.wada-ama.org/fr)*).*

1. **Déclaration du médecin :**

Je certifie que les renseignements figurant aux sections 4 et 5 ci-dessus sont exacts. Je reconnais et j’accepte que les organisations antidopage (OAD) puissent utiliser mes renseignements personnels pour communiquer avec moi relativement à la présente demande d’AUT afin de valider l’évaluation professionnelle en lien avec le processus d’AUT ou dans le cadre d’une enquête ou d’une procédure liée à une violation des règles antidopage. Je reconnais et j’accepte également que mes renseignements personnels soient téléchargés dans le Système d’administration et de gestion antidopage (ADAMS) à ces fins (voir la [Politique de confidentialité ADAMS](https://adams-help.wada-ama.org/hc/fr/articles/360012071820-Politique-de-confidentialit%C3%A9-ADAMS) pour plus de détails)

Nom :………………………………………………………………………………………

Spécialité médicale :……………………………………………………………………….

Numéro de permis d’exercice :……………………………………………………………..

Organisme de délivrance :…………………………………………………………………..

Adresse :…………………………………………………………………………………….

Téléphone : …………………………………………………………………………………

Courriel : ……………………………………………………………………………………

Signature du médecin : .. …………………………. Date :…………………………………

1. **Déclaration du sportif :**

Je, …………………………………….., certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 2, 3 et 7 sont exacts et complets.

J’autorise mon(mes) médecin(s) à transmettre aux personnes ou organisations suivantes les renseignements relatifs à ma santé ou mes dossiers médicaux que celles-ci jugent nécessaires pour examiner le bien-fondé de ma demande : la ou les organisations antidopage (OAD) chargées de prendre la décision d’accorder, de rejeter ou de reconnaître mon AUT; l’Agence mondiale antidopage (AMA), laquelle a la responsabilité d’assurer que les décisions prises par les OAD respectent les dispositions du SIAUT; les médecins membres des OAD concernées et des comités d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l’AMA, qui pourraient devoir examiner ma demande en vertu du Code mondial antidopage et des Standards internationaux; ainsi que d’autres experts médicaux, scientifiques ou juridiques indépendants, si nécessaire.

J’autorise également ANAD Algérie à transmettre ma demande d'AUT intégrale, y compris les renseignements et dossiers médicaux à l'appui, à une ou plusieurs autres OAD et à l'AMA pour les motifs décrits précédemment, et je comprends que ces destinataires pourraient aussi devoir fournir mon dossier de demande complet aux membres de leur CAUT et aux experts concernés aux fins d’évaluation.

J’ai lu et compris l’Avis de confidentialité relatif aux AUT (ci-après), qui décrit la façon dont mes renseignements personnels seront traités dans le cadre de ma demande d’AUT, et j’en accepte les modalités.

Signature du sportif :……………………………………………… ……………………… Date :……………………………………………………………………………………….

Signature d’un parent ou d’un tuteur :…………………………………………………….. 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.)

**Remarque** : la commission nationale antidopage veille au respect des règles de confidentialité des données transmises via ce formulaire et cela selon la réglementation en vigueur.