



Liste de vérification aux fins d'une demande
d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Logo de
l'OAD

Hypogonadisme masculin

Substances interdites : testostérone, gonadotrophine chorionique humaine

Cette liste de vérification sert à orienter le sportif et son médecin quant aux exigences relatives à une demande d'AUT, lesquelles permettront au comité responsable (CAUT) d'évaluer si les critères applicables énoncés dans le Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT) sont respectés.

Veuillez noter que la présentation d'un formulaire de demande d'AUT seul ne suffit pas; celui-ci DOIT être accompagné de tous les documents pertinents. *Un formulaire de demande et une liste de vérification dûment remplis NE garantissent PAS l'octroi d'une AUT.* Par ailleurs, dans certains cas, une demande pourrait être admissible sans inclure tous les éléments de la liste de vérification.

<input type="checkbox"/>	Le formulaire de demande d'AUT doit satisfaire aux exigences suivantes :
<input type="checkbox"/>	Toutes les sections doivent être remplies à la main dans une écriture lisible.
<input type="checkbox"/>	Tous les renseignements doivent être fournis en [inscrire la langue souhaitée].
<input type="checkbox"/>	La signature du médecin qui soumet la demande est requise.
<input type="checkbox"/>	La signature du sportif faisant l'objet de la demande est requise.
<input type="checkbox"/>	Le rapport médical doit comprendre les éléments suivants :
<input type="checkbox"/>	Données anamnestiques : évolution de la puberté; libido et fréquence d'activité sexuelle, y compris la durée et la gravité de tout trouble observé; érections et/ou éjaculations; bouffées de chaleur/sudation; troubles testiculaires; graves traumatismes crâniens, le cas échéant; orchite; antécédents familiaux de retard pubertaire, le cas échéant; symptômes non spécifiques (positifs ou négatifs)
<input type="checkbox"/>	Résultats de l'examen physique : gynécomastie; pilosité (poils axillaires et pubiens); diminution de la fréquence de rasage; volume testiculaire évalué par orchidomètre ou échographie; taille, poids et indice de masse corporelle (IMC); développement et tonus musculaires (obligatoire)
<input type="checkbox"/>	Interprétation des données anamnestiques, du tableau clinique et des résultats des analyses de laboratoire par le médecin traitant, idéalement un spécialiste en endocrinologie avec sous-spécialité en andrologie
<input type="checkbox"/>	Diagnostic : hypogonadisme primaire ou secondaire, attribuable à une cause organique ou fonctionnelle (veuillez noter qu'une AUT ne pourra être accordée qu'en présence d'un hypogonadisme de cause organique)
<input type="checkbox"/>	Substance prescrite (la testostérone et la gonadotrophine chorionique humaine sont interdites en tout temps), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration
<input type="checkbox"/>	Plan de traitement et de surveillance
<input type="checkbox"/>	Attestation du suivi/de la surveillance du sportif par un médecin compétent pour les demandes de renouvellement
<input type="checkbox"/>	Les résultats de tests diagnostiques doivent comprendre une copie des épreuves suivantes :
<input type="checkbox"/>	Épreuves de laboratoire (prélèvements faits le matin avant 10 h, à jeun, à au moins deux reprises, à au moins une semaine d'intervalle, sur une période de quatre semaines) : taux sérique de testostérone totale, de l'hormone lutéinisante (LH), de l'hormone folliculostimulante (FSH) et de la globuline liant les hormones sexuelles (SHBG)
<input type="checkbox"/>	Renseignements additionnels à fournir, s'il y a lieu
<input type="checkbox"/>	Analyse de sperme comprenant une numération des spermatozoïdes si la fertilité est compromise
<input type="checkbox"/>	Taux d'inhibine B (si on soupçonne la présence d'un hypogonadisme hypogonadotrope isolé héréditaire ou d'un retard pubertaire constitutionnel)

<input type="checkbox"/>	Épreuve d'imagerie par résonance magnétique de l'hypophyse, effectuée avec et sans agent de contraste; tests de la fonction hypophysaire, si indiqué – p. ex., mesure de la cortisolémie matinale; test de stimulation par la corticotrophine (ACTH); dosage de la thyroestimuline (TSH), de la thyroxine (T4) libre et de la prolactine
<input type="checkbox"/>	Autres tests diagnostiques pertinents visant à rechercher une éventuelle cause organique à l'hypogonadisme secondaire (p. ex., dosage de la prolactine, bilan martial, tests génétiques de détection d'une hémochromatose héréditaire)
<input type="checkbox"/>	Absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA), si indiqué