



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

Logo de  
l'OAD

**Insuffisance surrénale**

*Substances interdites : gluco- et minéralocorticoïdes*

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.

Veillez 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"/>	<b>Le formulaire de demande d'AUT</b> 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"/>	<b>Le rapport médical</b> doit comprendre les éléments suivants :
<input type="checkbox"/>	Données anamnestiques : symptômes, âge à l'apparition de la maladie, présentation de la première manifestation (crise aiguë/symptômes chroniques), évolution de la maladie, début de traitement
<input type="checkbox"/>	Résultats de l'examen clinique
<input type="checkbox"/>	Interprétation des symptômes, des signes cliniques et des résultats de tests par un spécialiste (endocrinologue)
<input type="checkbox"/>	Diagnostic : préciser s'il s'agit d'une insuffisance surrénale primaire ou secondaire
<input type="checkbox"/>	Gluco- et/ou minéralocorticoïdes prescrits, le cas échéant (l'une et l'autre de ces substances sont interdites en compétition), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration
<input type="checkbox"/>	Données sur la réponse au traitement/l'évolution de la maladie pendant le traitement
<input type="checkbox"/>	<b>Les résultats de tests diagnostiques</b> doivent comprendre une copie des épreuves suivantes :
<input type="checkbox"/>	Épreuves de laboratoire, le cas échéant : taux d'électrolytes; glycémie à jeun; cortisolémie; taux plasmatiques d'adénocorticotrophine (ACTH), de rénine et d'aldostérone
<input type="checkbox"/>	Épreuves d'imagerie, le cas échéant : tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique du crâne ou de l'abdomen
<input type="checkbox"/>	Épreuves de provocation ou autres tests, le cas échéant : test de stimulation à la cosyntropine, à l'hormone de libération de la corticotrophine (CRH) et/ou à la métyrapone, test de tolérance à l'insuline, dosage des anticorps
<input type="checkbox"/>	<b>Renseignements additionnels</b> fournis
<input type="checkbox"/>	S'il y a lieu, déclaration du médecin/sportif relativement à toute glucocorticothérapie antérieure (y compris la voie et la fréquence d'administration), pour laquelle une AUT a été accordée