



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

Logo de
l'OAD

Perfusions intraveineuses

Substances/méthode interdites : volume de solution > 100 mL sur une période de 12 h

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"/>	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 : symptômes au moment de la manifestation, évolution de la maladie, début de traitement. Définition/description du lieu où la perfusion a été ou doit être administrée. (Remarque : les perfusions réalisées dans le cadre d'un traitement hospitalier, d'une intervention chirurgicale ou d'un test diagnostique ne nécessitent pas d'AUT, sauf dans le cas où la substance perfusée est interdite.)
	<input type="checkbox"/>	Résultats de l'examen clinique : p. ex., signes physiques de maladie ou d'un trouble médical pertinent
	<input type="checkbox"/>	Interprétation des symptômes, des signes cliniques et des résultats de tests
	<input type="checkbox"/>	Diagnostic de la maladie ou du trouble médical le plus probable
	<input type="checkbox"/>	Perfusion : volume et durée d'administration (seule l'administration de volumes >100 mL sur une période de 12 h nécessite une AUT) et substance perfusée (s'il s'agit d'une substance interdite), y compris la posologie (dose et fréquence)
	<input type="checkbox"/>	Données sur la réponse au traitement/l'évolution de la maladie ou du trouble
	<input type="checkbox"/>	Dans le cas où aucun traitement de remplacement n'était envisageable, motif(s) pour le(s)quel(s) l'administration intraveineuse de la solution ou de la substance a été/est l'option retenue
<input type="checkbox"/>	Résultats de tests diagnostiques fournis (copies des originaux ou documents imprimés)	
	<input type="checkbox"/>	Épreuves de laboratoire : si disponible; p. ex., taux d'hémoglobine/hématocrite, taux d'électrolytes, numération globulaire, taux sérique de ferritine
<input type="checkbox"/>	Renseignements additionnels fournis	
	<input type="checkbox"/>	Selon les exigences de l'OAD