



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

Logo de  
l'OAD

**Troubles du sommeil d'origine intrinsèque**

*Substance interdite : stimulants*

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"/>	<input type="checkbox"/>	Toutes les sections doivent être remplies à la main dans une écriture lisible.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tous les renseignements doivent être fournis en [inscrire la langue souhaitée].
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La signature du médecin qui soumet la demande est requise.
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Données anamnestiques : y compris des commentaires sur d'éventuels antécédents de : 1. somnolence diurne excessive et sa durée 2. cataplexie 3. comportements anormaux durant le sommeil/apnées (attestés par le/la partenaire) 4. tout trouble médical ou psychiatrique pouvant expliquer l'hypersomnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats de l'examen : 1. Évaluation des signes/symptômes neurologiques et psychiatriques afin d'écartier toute autre cause 2. Test de dépistage de drogues négatif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interprétation des symptômes, des signes cliniques et des résultats de tests par un spécialiste
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic (devant faire la différence entre le trouble de la narcolepsie, l'hypersomnie idiopathique et le syndrome d'apnée/hypopnée du sommeil) établi par un spécialiste des troubles du sommeil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulant prescrit (interdit en compétition), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recours et réponse à d'autres traitements, notamment une modification des comportements, les siestes, la ventilation à pression positive continue (CPAP), la prise d'antidépresseurs (il n'est pas essentiel d'en avoir fait l'essai avant l'utilisation de stimulants)
<input type="checkbox"/>	<b>Les résultats de tests diagnostiques</b> doivent comprendre une copie des épreuves suivantes :	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polysomnographie nocturne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test itératif de latence à l'endormissement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épreuve d'imagerie cérébrale : facultative
<input type="checkbox"/>	<b>Renseignements additionnels</b> fournis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selon les exigences de l'OAD