



FORMULAIRE DE DEMANDE - REVUE DES DOSSIERS MÉDICAUX (2023.01.27)

Veuillez compléter toutes les sections en lettres majuscules ou en tapant. L'athlète doit compléter les sections 1 et 5; le médecin remplira les sections 2, 3, et 4. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

1. Information de l'Athlète

Nom de famille: _____ Prénom(s): _____

Femme ☐ Homme ☐ Date de Naissance (j/m/a): _____

Adresse: _____

Ville: _____ Pays: _____ Code Postale: _____

No. de tel.: _____ Courriel: _____
(avec indicatif international)

Sport: _____ Discipline/Position: _____

Organisation sportive internationale ou nationale:

Si vous êtes un athlète ayant une déficience, veuillez indiquer la déficience.:

2. Informations médicales (continuer sur une feuille séparée si nécessaire)

Diagnostic: _____

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter l'état pathologique, veuillez fournir une justification clinique de l'utilisation requise du médicament interdit:

RAPPORT MÉDICAL:

Les preuves confirmant le diagnostic doivent être jointes et transmises avec cette demande. Les informations médicales doivent inclure un historique médical complet et les résultats de tous les examens, examens de laboratoire et études d'imagerie pertinents. Des copies des rapports originaux ou des lettres doivent être incluses dans la mesure du possible. Les preuves doivent être aussi objectives que possible dans les circonstances cliniques. Dans le cas d'affections non démontrables, un avis médical indépendant à l'appui facilitera cette application.

L'AMA maintient une série de directives pour aider les médecins à préparer des demandes d'AUT complètes et à la pointe. Vous pouvez accéder à ces directives pour les médecins AUT en entrant le terme de recherche «Informations médicales» sur le site internet de l'AMA: <https://www.wada-ama.org> Les directives traitent du diagnostic et du traitement d'un certain nombre d'affections médicales affectant couramment les athlètes et nécessitant un traitement avec des substances interdites.

3. Détails sur les médicaments

Substance (s) interdite (s): <u>Nom générique</u>	Dose	Voie d'administration	Fréquence	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				

4. Déclaration du Médecin

Je certifie que les informations des sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes et que le traitement susmentionné est médicalement approprié

Nom: _____

Spécialité médicale: _____

Adresse: _____

No. de tel.: _____

No. de fax: _____

Courriel: _____

Signature du Médecin: _____ Date: _____ (j/m/a)

5. Déclaration de l'Athlète

Je, _____, certifie que les informations mentionnées à la section 1 sont exactes. J'autorise la divulgation de renseignements médicaux personnels au comité disciplinaire antidopage de la WCHM ainsi qu'au personnel autorisé de la WCHM pouvant avoir droit à ces informations en vertu de la politique antidopage de la WCHM .

Je consens à ce que mon (mes) médecin (s) communique à ces personnes toute information relative à la santé qu'ils jugent nécessaire pour pouvoir prendre en compte ma demande.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande de revue des dossiers médicaux et dans le contexte d'enquêtes et de procédures potentielles de violation des règles antidopage. Je comprends que si jamais je souhaite (1) obtenir plus d'informations sur l'utilisation de mes informations médicales; (2) exercer mon droit d'accès et de rectification; ou (3) révoquer le droit de ces organisations d'obtenir mes informations médicales, je dois en informer par écrit mon médecin et la WCHM . Je comprends et conviens qu'il peut être nécessaire que les informations relatives à la revue des dossiers médicaux soumises avant de révoquer mon consentement soient conservées dans le seul but d'établir une possible violation des règles antidopage, lorsque la WCHM l'exige.

J'accepte que la décision relative à la présente demande soit mise à la disposition de toutes les OAD ou autres organisations ayant l'autorité de contrôle et / ou de gestion des résultats sur moi.

Je comprends et accepte que les destinataires de mes informations et de la décision concernant cette demande puissent être situés hors du pays où je réside. Dans certains de ces pays, les lois sur la protection des données et de la vie privée peuvent ne pas être équivalentes à celles de mon pays de résidence.

Je comprends que si je pense que mes informations personnelles ne sont pas utilisées conformément à ce consentement et à la Norme internationale pour la protection de la vie privée et des informations personnelles, j'en informerai la WCHM.

Signature de l'Athlète: _____ **Date:** _____ (j/m/a)

Selon la politique antidopage de la WCHM, article 3.04.1:

Le CDA de la WCHM réclamera la complétion d'un formulaire médical par le médecin de famille de l'athlète, lequel formulaire, une fois remplis, sera examiné rétroactivement si un échantillon d'athlète indique un résultat d'analyse non-conforme à une substance ou une méthode interdite.

Cependant, il est recommandé d'apporter le formulaire complété et le rapport médical à toute compétition de la WCHM faisant l'objet d'un contrôle antidopage. Si vous êtes sélectionné pour un contrôle antidopage, nous vous encourageons à présenter ces documents à l'agent de contrôle du dopage au moment du prélèvement de l'échantillon.