

**DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)
AANVRAAG «TOESTEMMINGWEGENS THERAPEUTISCHE NOODZAAK» (TTN)
THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE)**

ONAD Communauté française

Bld Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles (Belgique)
Tél. : +32 (0)2 413.20.56 Fax : +32 (0)2 414.32.91
Email : aut@cfwb.be

Veillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.

Le sportif doit compléter les sections 1, 4, 5 et 7 ; le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 6. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

Gelieve alle rubrieken in te vullen in DRUKLETTERS

De sporter moet de afdelingen 1, 4, 5 en 7 invullen ; de arts moet de afdelingen 2, 3, 6 invullen. Onleesbare of onvolledige aanvragen zullen worden teruggestuurd en zullen in een leesbare vorm en volledig opnieuw moeten worden ingediend.

Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS or typing.

The sportsman (-woman) must fill in sections 1, 4, 5 and 7; the doctor must fill in sections 2, 3, 6. Unreadable or incomplete requests will be returned and will have to be submitted again in a readable and complete form.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF - GEGEVENS VAN DE SPORTER - ATHLETE INFORMATION

Nom de famille - Familienaam - Family name		Prénoms - Voornam - Given names	
Sexe - Geslacht - Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance - Geboortedatum - Birthday	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse - Adres - Address		Ville - Gemeente - City	Code postal - Postnummer - Postal code
Rue - Straat - Street / Numéro - Nummer - Number			
Tél. contact (incl. code pays) - Telefoonnummer (incl. landcode) - Contact tel (incl. country code)		Courriel - E-mailadres - Email	
Discipline - Sporttak - Sport			
Organisation sportive internationale ou nationale - Internationale of nationale sportorganisatie - International or national sport organisation			
Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser lequel - Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te vermelden - If athlete with disability, indicate disability			

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - MEDISCHE INFORMATIE - MEDICAL INFORMATION

Diagnostic - Diagnose - Diagnosis

Le justificatif confirmant le diagnostic doit être joint à la présente demande et doit être envoyé simultanément. Le justificatif doit contenir un historique médical détaillé ainsi que les résultats de tous les examens médicaux pertinents, analyses de laboratoire et examens d'imagerie médicale. Vous joindrez, dans la mesure du possible, les copies des rapports ou courriers originaux de sorte que la preuve soit la plus objective possible dans des conditions cliniques. L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés Informations médicales pour éclairer les décisions des CAUT, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site Web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>). Ces lignes directrices portent sur le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections qui touchent couramment les sportifs et nécessitent un traitement par des substances interdites.

Het bewijs dat de diagnose bevestigt, moet aan deze aanvraag gehecht worden en er samen mee opgestuurd worden. Het medische bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis bevatten en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingonderzoeken. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe zodat het bewijs zo objectief mogelijk is in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag. Het WADA houdt een reeks richtlijnen bij die nuttig kunnen zijn voor artsen die volledige en gedetailleerde TTN-aanvragen moeten voorbereiden. Die documenten, vermeld onder het opschrift "Medical information to support the decisions of TUECs" (Medische informatie tot staving van de beslissingen van de TTN-commissie), kunnen worden geraadpleegd door de zoekwoorden "Medical information" te kiezen op de website van het WADA (<https://www.wada-ama.org>). Die richtlijnen hebben betrekking op de diagnose en de behandeling van een hoog aantal aandoeningen die sporters vaak treffen en waarvoor een behandeling met verboden stoffen noodzakelijk is.

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. WADA keeps a series of directing lines up to date to help doctors in preparing complete and detailed TUE requests. It is possible to consult these documents, bearing the title "Medical information to support the decisions of TUECs" by encoding the search terms "Medical information" on the WADA website (<https://www.wada-ama.org>). These directing lines are related to the diagnosis and the treatment of a huge amount of affections commonly affecting sportsmen (-women) and requiring a treatment with forbidden substances.

Si des médicaments autorisés peuvent également être utilisés pour traiter l'affection, veuillez fournir un justificatif clinique pour l'utilisation de médicaments interdits.

Als ook toegelaten geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de aandoening te behandelen, geeft u een klinische verantwoording voor het gebruik van de verboden geneesmiddelen.

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

3. MÉDICAMENT(S)/MÉTHODE(S) CONCERNÉ(ES) - GEGEVENS OVER HET GENEESMIDDELEN/METHODE(N) GEBRUIK - MEDICATION/METHOD(S) DETAILS

	Substance(s)/méthode(s) interdite(s) (nom générique) Verboden substantie(s)/methode(n) (generische benaming) <i>Prohibited substance(s)/method(s) (generic name)</i>	Posologie Dosis <i>Dose</i>	Vois d'administration Toedieningswijze <i>Route</i>	Fréquence d'administration Frequentie <i>Frequency</i>
1				
2				
3				

Durée prévue du traitement - Geplande duur van de behandeling - *Intended duration of treatment*

Une seule dose - Eenmalig gebruik - *Once only* Durée (semaine / mois) - Gedurende (week/maand) - *Duration (week / month)* Urgence - Noodgeval - *Emergency*

4. DEMANDES ANTÉRIEURES - VROEGERE AANVRAGEN - PAST REQUESTS

Avez-vous déjà demandé une "autorisation d'usage à des fins thérapeutiques" ? Oui - Ja - *Yes* Non - Neen - *No*

Hebt u al eerder een aanvraag «toestemming wegens therapeutische noodzaak» ingediend ?

Have you submitted any previous "therapeutic use exemption" application ?

Pour quelle substance/méthode ? - Voor welke substantie/methode ? - *For which substance/method ?*

Auprès de quelle organisation antidopage ? - Bij welke antidoping instantie ? - *To which anti-doping organisation ?*

Quand ? Wanneer ?
When ?

JJ/DD		MM		AAAA/JJJJ/YYYY					

Décision ? Beslissing?
Decision ?

Acceptée - Goedgekeurd Refusée - Niet goedgekeurd
- *Approved* - *Not approved*

5. DEMANDE RÉTROACTIVE - RETROACTIVE AANVRAG - RETROACTIVE APPLICATION

S'agit-il d'une demande rétroactive ?

Is het een retroactive aanvraag ? Oui - Ja - *Yes* Non - Neen - *No*

Is this a retroactive application ?

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa) ?

Als ja, op welke datum, heeft de behandeling begonnen (dd/mm/jjjj) ?

If yes, on what date did the treatment start (dd/mm/yyyy) ?

JJ/DD		MM		AAAA/JJJJ/YYYY					

Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive :

Gelieve de reden van de retroactive aanvraag :

Please indicate the reason why the application is retroactive :

- Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire
 Spoedbehandeling of behandeling van een acute medische aandoeningen was nodig.
Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary.
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, nous n'avons pas eu le temps ou l'occasion de soumettre une demande d'AUT avant le prélèvement d'échantillons
 Vanwege andere uitzonderlijke omstandigheden, hebben we niet de tijd of de mogelijkheid om een TTN aanvraag voor het aftappen van het monster.
Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection
- Demande avant utilisation de la substance/méthode non obligatoire en vertu des règles applicables.
 Aanvraag vóór gebruik van het geneesmiddelen/methode(n) niet verplicht krachtens toepasselijke regels
Request before using the non-compulsory substance/method in keeping with enforceable rules

Autre raison
Andere reden
Other

6. DÉCLARATION DU MÉDECIN - VERKLARING VAN DE BEHANDELLENDE ARTS - MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

Ik verklaar dat de voormelde behandeling medisch noodzakelijk is, en dat het gebruik van de alternatieve geneesmiddelen die niet op de verboden lijst staan, ontoereikend zou zijn voor deze aandoening.

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

Nom et spécialité médicale - Naam en specialisme - *Name and medical specialty*

Adresse
Adres
Address

Rue / Numéro - Straat / Nummer - Street / Number

Ville - Gemeente - City

Code postal - Postnummer - Postal code

Tél. contact - Telefoonnummer - Phone number

Télécopieur - Faxnummer - Fax

Courriel - E-mailadres - Email

Date

JJ/DD MM AAAA/JJJJ/YYYY

Signature du médecin - Handtekening van de behandelende arts - Signature of medical practitioner

7. DÉCLARATION DU SPORTIF

Je soussigné, certifie que mes données sont correctes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la liste des interdictions de l'AMA. Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Les informations que je transmets à la CAUT seront traitées conformément au décret du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage en Communauté française, en particulier l'article 8. Ces informations seront traitées dans le strict respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données seront exclusivement traitées par des professionnels de la santé, tous tenus au secret professionnel. Si nécessaire, en application de l'article 8 §4 du décret susvisé, ces informations pourront être transmises, après anonymisation, à des experts médicaux ou scientifiques pour avis. Je dispose du droit d'accéder et de rectifier toutes les données me concernant.

Je suis informé et j'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux à l'organisation antidopage (OAD), au personnel de l'AMA, et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), ainsi qu'à toute autre organisation antidopage définie par le Code*.

Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et mon OAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et du Standard international pour la protection des renseignements personnels.

Date

JJ MM AAAA

Signature du sportif

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

Date

JJ MM AAAA

Nombre d'annexes

Signature d'un des parents ou du tuteur légal

**Document à nous retourner par courrier recommandé, par courrier électronique, ou via ADAMS
 au plus tard 30 jours avant la manifestation concernée.**

7. VERKLARING VAN DE SPORTER

Ik ondergetekende,, bevestig dat mijn gegevens juist zijn, en dat ik de toestemming aanvraag om een stof of methode te gebruiken die behoort tot de lijst van verboden stoffen of methodes van het WADA. Ik begrijp dat mijn inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag (toestemming wegens therapeutische noodzaak) te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels. De inlichtingen die ik de TTN-commissie meedeel, zullen worden behandeld overeenkomstig het decreet van 20 oktober 2011 betreffende de strijd tegen doping in de Franse Gemeenschap, inzonderheid artikel 8. Die inlichtingen zullen worden behandeld in strikte naleving van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Die gegevens zullen uitsluitend door gezondheidsprofessionelen, die alle door het beroepsgeheim gebonden zijn, worden behandeld. Als dit noodzakelijk is, zullen die inlichtingen, met toepassing van artikel 8, § 4 van het bovenvermelde decreet, nadat ze anoniem zijn gemaakt, aan medische of wetenschappelijke deskundigen om advies kunnen worden meegedeeld. Ik beschik over het recht toegang te hebben tot alle gegevens die mij aangaan en die recht te zetten.

Ik ben daar op de hoogte van en ik laat de mededeling van mijn medische inlichtingen toe aan de antidopingorganisatie, aan het personeel van het WADA, aan zijn comité voor toestemming wegens therapeutische noodzaak (TTN), alsook aan elke andere door de Code bepaalde organisatie.

Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wens te verkrijgen betreffende het gebruik van mijn inlichtingen; (2) mijn recht op toegang en rechtzetting wens te gebruiken of (3) het recht van die organisaties inlichtingen over mijn gezondheid in te winnen, wens in te trekken, mijn behandelende arts en mijn antidopingorganisatie daar op de hoogte van moet brengen. Ik begrijp, en geef ervoor toestemming, dat het noodzakelijk kan zijn dat die informatie betreffende de TTN die werd verstrekt vóór de intrekking van mijn toestemming wordt bewaard met als enig doel een mogelijke overtreding van een antidopingregel vast te stellen, overeenkomstig de eisen van de Code.

Ik verleen mijn toestemming aan mijn arts(en) om de hierboven vermelde personen elke inlichting over mijn gezondheid mee te delen die ze als noodzakelijk acht(en) om mijn aanvraag te onderzoeken en een beslissing te nemen.

Ik begrijp en aanvaard dat de personen aan wie die inlichtingen en de beslissing betreffende die aanvraag worden meegedeeld, in een ander land dan mijn land verblijven. Het kan zijn dat de wetten op de bescherming van de persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer in sommige landen niet dezelfde zijn als die van het land waarin ik verblijf.

Ik weet dat, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, ik klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

Datum
DD MM JJJJ

Handtekening van de sporter

Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de atleet.

Datum
DD MM JJJJ

Aantal bijlagen

Handtekening van de ouder/wettelijke vertegenwoordiger

**Document naar ons sturen per aangetekende post, per e-mail of via ADAMS
uiterlijk 30 dagen voor het betreffende evenement**

7. ATHLETE'S DECLARATION

I,certify that the athlete information is accurate and that I am requesting approval to use a substance or method from the WADA prohibited list. I understand that my information will only be used for the assessment of my TUE request and in the context of inquiries and procedures relating to any violation of the anti-doping rules. The information I send to the Therapeutic Use Exemptions Committee (TUEC) will be processed pursuant to the Anti-Doping Order of 20 October 2011 issued by the French Community, in particular Article 8. This information will be processed in strict observance of the Act of 8 December 1992 concerning the protection of privacy with regard to the processing of personal information. This data will only be processed by health professionals, whom are all subject to professional confidentiality. If necessary and after de-personalisation, this information may be transmitted to medical or scientific experts for advice in application of Article 8 §4 of the Order mentioned above. I have the right to access and correct all my personal information.

I have been informed of and I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organisation (ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code*.

I understand that if I wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organisations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of this fact. I understand and agree that it may be necessary that TUE-related information submitted prior to revoking my consent will be retained for the sole purpose of establishing any violation of the anti-doping rules, where this is required by the Code.

I hereby allow my doctor(s) to communicate to the above-mentioned persons any information about my health they might deem necessary to examine my request and to take a decision.

I understand and accept that the persons who will receive my information and who will take a decision with respect to my request may live in another country than mine. It is possible that in some of these countries laws on the protection of person-related information and private life are not equivalent to those of the country where I live.

I understand that I have the possibility to lodge a complaint with WADA or CAS if I deem that my personal data were not used in keeping with the hereunder signed consent and with the International Standard for protecting person-related information.

Date

DD		MM		YYYY			

Athlete's signature

If the athlete is a minor or has a disability preventing him / her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete.

Date

DD		MM		YYYY			

Number of attachments

Parent's / guardian's signature

**This document needs to be sent back to us by mail, by e-mail, or via ADAMS
30 days at the latest before the described sportevent.**