

Ligue Équestre Wallonie Bruxelles



*Reconnue par l'A.D.E.P.S. Ministère de la Communauté Française
Aile francophone de la F.R.B.S.E. reconnue par la F.E.I.*

*AUTORISATION D'USAGE À
DES FINS
THÉRAPEUTIQUES*

A.U.T.

Version 2009



AUTORISATIONS D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES

A U T

Veillez compléter les différents cadres en lettres capitales

1. Informations concernant le cavalier/meneur

Nom : Prénoms :

Sexe : Féminin Masculin date de naissance (jj/mm/aa) :

Adresse : N° :

Code Postal : Ville :

Tél. : e-mail :

Discipline : Classement :

Si l'athlète est handicapé, veuillez préciser l'handicap :

2. Informations médicales

Diagnostic le plus complet possible (voir note 1) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour un traitement, veuillez fournir un justificatif de votre médecin indiquant la raison pour laquelle un médicament prohibé est utilisé

.....
.....
.....
.....
.....
.....



Commission Médicale Antidopage (CMA) de la L.E.W.B. Asbl – Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT)

3. Médicaments

Substances Prohibées Nom Générique	Dose	Administration	Fréquence
1.			
2.			
3.			

Durée du traitement : <i>(Veuillez cocher la case appropriée)</i>	Prise unique <input type="checkbox"/>	urgence : <input type="checkbox"/>
	Ou durée (semaine / mois) :	

Avez-vous déjà fait une demande AUT précédemment : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quelle substance ?
A qui ? Quand ?
Décision : Approuvé <input type="checkbox"/> Non approuvé <input type="checkbox"/>

4. Déclaration du médecin traitant

Je certifie par la présente que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié et que l'usage d'un médicament non prohibé ne conviendrait pas à l'état du patient.	
Nom :
Spécialité :
Adresse : N° :
Code Postal : Ville :
Tél. : Fax :
E-mail :
Signature du médecin traitant : date :



5. Déclaration de l'Athlète

Je soussigné, déclare par la présente que l'information reprise sous 1. est correcte, et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou une méthode de soins reprises sur la liste des substances prohibées de l'AMA et/ou de la Communauté française de Belgique. J'autorise la transmission de mes informations médicales personnelles à la Commission Médicale Antidopage LEWB (CMA), ainsi qu'au Directeur de la LEWB, au CAUT du CMA (comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) et aux autres organisations anti-dopage, et ce, suivant les dispositions du règlement antidopage de la LEWB et du Code de l'AMA. Je reconnais que si je désire retirer le droit à ces organisations d'obtenir des informations sur mon état de santé, je dois en avertir mon médecin traitant et la CMA de la LEWB par écrit.

Signature du cavalier/meneur : **Date :**

Signature des parents/tuteur légal : **Date :**

(Si l'athlète est mineur ou s'il a un handicap qui l'empêche de signer ce document, un parent ou son tuteur signera avec lui ou pour lui)

6. Note

Note 1

Diagnostic

Un dossier médical confirmant le diagnostic doit être joint à cette demande. Ce dossier comprendra un historique médical, ainsi que les résultats de tous les examens, résultats de laboratoire et d'imagerie. Des copies de rapports originaux et de lettres doivent être jointes si possible. Le dossier doit être aussi objectif que possible en fonction des circonstances médicales, et dans le cas où il n'est pas possible d'apporter des preuves de l'état du patient, un avis médical indépendant appuiera cette demande

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être représentées

Veillez soumettre le document dûment complété à l'adresse ci-dessous et garder une copie pour vous

L.E.W.B. Asbl
CAUT – Comité Médicale Antidopage
Confidentiel
Rue de la Pichelotte, 11
5340 – Gesves