



Formulari de sol·licitud d'autorització d'ús terapèutic (AUT)

Formulaire de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Completeu tots els apartats amb majúscules o a màquina. L'atleta ha d'omplir els apartats 1, 5, 6 i 7; i el metge ha d'omplir els apartats 2, 3 i 4. Les sol·licituds il·legibles o incompletes seran retornades i s'hauran de tornar a presentar de forma llegible i completa.

Veillez remplir toutes les sections en lettres majuscules ou à la machine. Le sportif doit compléter les sections 1, 5, 6 et 7 ; le médecin doit compléter 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. Informació de l'atleta/ Renseignements concernant le sportif

Cognoms: _____ <i>Nom:</i>	Nom: _____ <i>Prénoms :</i>	
Dona <input type="checkbox"/> <i>Femme</i>	Home <input type="checkbox"/> <i>Homme</i>	Data de naixement (d/m/a): _____ <i>Date de naissance (j/m/a)</i>
Adreça: _____ <i>Adresse:</i>		
Ciutat: _____ <i>Ville:</i>	País: _____ <i>Pays:</i>	Codi postal: _____ <i>Code Postal:</i>
Tel.: _____ <i>(amb codi internacional/avec code international)</i>	Correu electrònic: _____ <i>Courriel</i>	
Esport: _____ <i>Sport :</i>	Disciplina/Posició: _____ <i>Discipline/Position:</i>	
Organització esportiva internacional o nacional: _____ <i>Organisation sportive internationale ou nationale :</i>		
Si sou un atleta amb una discapacitat, indiqueu-la, si us plau: _____ <i>Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel :</i>		



2. Informació mèdica (si cal, afegiu-hi una pàgina complementària) / Renseignements médicaux (continuez sur une feuille séparée si nécessaire)

Diagnòstic:

Diagnostic :

Si es pot fer servir un medicament permès per tractar la patologia, adjunteu la justificació clínica per sol·licitar l'ús de la medicació prohibida.

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit.

Comentari:

La justificació que confirma el diagnòstic s'ha d'adjuntar i enviar amb aquest formulari. La informació mèdica ha d'incloure un historial mèdic complet i els resultats de tots els exàmens pertinents, les anàlisis de laboratori i les proves d'imatge. Si és possible s'han adjuntar les còpies dels informes o les cartes originals. Les proves han de ser tan objectives com sigui possible d'acord amb les circumstàncies clíniques. En cas de patologies que no es puguin demostrar, cal adjuntar a la sol·licitud una opinió mèdica independent.

L'AMA redacta directrius actualitzades per ajudar els metges a presentar les sol·licituds d'AUT de forma completa i detallada. Es poden trobar a la pàgina web de l'AMA: <https://www.wada-ama.org>. Les directrius tracten sobre el diagnòstic i el tractament d'un gran nombre d'afeccions que acostumen a patir els atletes i que requereixen tractament amb substàncies prohibides.

Note :

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.

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.



3. Detalls dels medicaments / Détails des médicaments

Substància/es prohibides: Nom genèric <i>Substance(s) interdite(s) :</i> <i>Nom générique</i>	Posologia <i>Posologie</i>	Mitjà d'administració <i>Voie d'administration</i>	Freqüència <i>Fréquence</i>	Durada del tractament <i>Durée du traitement</i>
1.				
2.				
3.				

4. Declaració del metge / Attestation du médecin

Certifico que la informació dels apartats 2 i 3 és certa i que el tractament esmentat més amunt és mèdicament adequat.

Je, soussigné, certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.

Nom: _____
Nom:

Especialitat mèdica: _____
Spécialité médicale :

Adreça: _____
Adresse

Tel.: _____

Fax: _____

Correu electrònic: _____
Courriel

Signatura del metge: _____
Signature du médecin

Data: _____
Date



5. Autoritzacions retroactives / Demandes rétroactives

<p>És una autorització retroactiva? <i>Cette demande est-elle rétroactive ?</i></p> <p>Sí: <input type="checkbox"/> <i>Oui</i></p> <p>No: <input type="checkbox"/> <i>Non</i></p> <p>Si ho és, quin dia va començar el tractament? <i>Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ?</i></p> <p>_____</p>	<p>Indiqueu les raons <i>Veillez choisir l'une des raisons suivantes:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Urgència mèdica o tractament d'una patologia aguda <i>Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë</i></p> <p><input type="checkbox"/> A causa d'altres circumstàncies excepcionals, no hi ha hagut prou temps o possibilitat de presentar una sol·licitud abans de la recollida de la mostra <i>En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon</i></p> <p><input type="checkbox"/> No era necessària una sol·licitud anticipada segons les regles <i>Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables</i></p> <p><input type="checkbox"/> Equitat (necessita l'aprovació de l'AMA i de l'ONAD/FI) <i>Équité (approbation de l'AMA et de l'ONAD/FI requise)</i></p> <p>Especifiqueu-les <i>Veillez expliquer:</i></p> <p>_____ _____ _____</p>
---	---

6. Sol·licituds anteriors / Demandes antérieures

<p>Heu sol·licitat una AUT amb anterioritat? <i>Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <i>Oui</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/> <i>Non</i></p>
<p>Per a quina substància o mètode? <i>Pour quelle substance ou méthode ?</i></p> <p>_____</p>		
<p>A qui? _____ <i>Après de qui ?</i></p>	<p>Quan? _____ <i>Quand ?</i></p>	
<p>Decisió: Aprovada <input type="checkbox"/> <i>Décision : Approuvée</i></p>	<p>No aprovada <input type="checkbox"/> <i>Refusée</i></p>	



7. Declaració de l'atleta / *Déclaration du sportif*

[Nom i cognoms]

1. CERTIFICO que la informació que consta als apartats 1, 5 i 6 és certa.
2. AUTORITZO la divulgació de la informació mèdica personal a les persones autoritzades de l'Agència Andorrana Antidopatge (AGAD) i de l'AMA; al Comitè d'Autoritzacions d'Ús Terapèutic (CAUT) de l'AMA i a altres comitès d'altres organitzacions antidopatge; i al personal autoritzat d'altres organitzacions antidopatge d'acord amb el Codi i/o l'Estàndard internacional d'autorització d'ús terapèutic. Aquest personal està subjecte a l'obligació de confidencialitat professional o contractual.

Dono el consentiment perquè el/s meu/s metge/s pugui/n comunicar a les persones anteriorment citades, les meves dades mèdiques per tal d'examinar i determinar la meva sol·licitud.
3. ENTENC que les meves dades s'utilitzaran únicament per avaluar la meva sol·licitud d'AUT i en el context d'investigacions i procediments de possibles infraccions de les Regles antidopatge. Si alguna vegada vull obtenir més informació sobre l'ús que fan de les meves dades, exercir el meu dret d'accés, de rectificació, de restricció, d'oposició o de supressió, o revocar el dret de les organitzacions a obtenir informació sobre la meva salut, ho he de notificar al meu metge i a l'AGAD per escrit.
4. ENTENC I ESTIC D'ACORD que pot ser necessari que es conservi la informació relacionada amb una AUT demanada abans de la retirada del meu consentiment per a investigacions o procediments sobre possibles infraccions de les Regles antidopatge, d'acord amb els requisits del Codi, amb els Estàndards internacionals o les lleis nacionals antidopatge, o amb l'objectiu d'iniciar, practicar o defensar una demanda contra mi o contra una OAD i/o l'AMA.
5. ESTIC D'ACORD que la decisió d'aquesta sol·licitud es comuniqui a totes les organitzacions antidopatge o altres organitzacions competents per als controls i/o la gestió de resultats.
6. ENTENC I ACCEPTO que els destinataris de les meves dades i de la decisió de la meva sol·licitud poden estar fora del país on resideixo. Que en alguns d'aquests països les lleis de protecció de dades i privacitat poden ser diferents de les del meu país de residència. Entenc que les meves dades es conservaran mitjançant el sistema ADAMS, gestionat per l'AMA en servidors situats a Canadà durant el període de temps indicat a l'Estàndard internacional de protecció de dades de l'AMA.
7. SÉ que tinc la possibilitat de presentar una demanda davant de l'AMA (privacy@wada-ama.org) o de l'Agència Andorrana de Protecció de Dades si considero que les meves dades personals no s'utilitzen d'acord amb aquesta declaració i l'Estàndard internacional per a la protecció de la privacitat i la informació personal.
8. ENTENC que les entitats esmentades fins ara poden dependre i estar subjectes a lleis nacionals antidopatge que prevalen sobre el meu consentiment, o a altres lleis aplicables que poden requerir que certa informació es pugui revelar als tribunals, la policia o a una altra autoritat pública local. Puc obtenir més informació sobre les lleis nacionals contra el dopatge a través de la meva federació o demanant-ho a l'AGAD.

Je soussigné, _____, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 5 et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard



international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques. Ces personnes sont soumises à une obligation de confidentialité professionnelle ou contractuelle.

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 que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements ; (2) exercer tout droit que je peux détenir, comme mon droit d'accès, de rectification, de restriction, d'opposition ou de suppression ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés aux fins d'enquêtes ou de procédures relatives à des violations potentielles des règles antidopage, conformément aux exigences du Code, des standards internationaux, ou de lois nationales antidopage ; ou aux fins d'initier, d'exercer ou de se défendre contre une poursuite me concernant ou concernant une OAD et/ou l'AMA.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

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 que mes renseignements seront conservés dans le système ADAMS, qui est hébergé par l'AMA sur des serveurs basés au Canada, pendant la durée indiquée dans le Standard international pour la protection des renseignements personnels de l'AMA (SIPRP).

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA (privacy@wada-ama.org) ou de l'organisme national de réglementation responsable de la protection des données dans mon pays si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et le SIPRP.

Je comprends que les entités mentionnées ci-dessus peuvent se référer et être soumises à des lois nationales antidopage qui prévalent sur mon consentement, ou d'autres lois applicables qui peuvent exiger que des informations soit divulguées aux tribunaux, forces de l'ordre ou autres autorités publiques locales. Je peux obtenir davantage d'informations sur ces lois nationales antidopage auprès de ma Fédération internationale ou de mon organisation nationale antidopage.

Signatura de l'atleta: _____ **Data:** _____
Signature du sportif *Date*

Signatura del pare, la mare o el tutor: _____ **Data:** _____
Signature du parent ou tuteur du sportif *Date*

(Si l'atleta és menor d'edat o té una discapacitat que li impedeixi signar, el pare, la mare o un tutor haurà de signar en nom de l'atleta)
(Si le sportif est mineur ou présente un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur doit le signer en son nom.)



NOTA IMPORTANT: guardeu una còpia de la sol·licitud.

Envieu la sol·licitud completa a agad@andorra.ad , o directament a les oficines de l'AGAD (C/Narciso Yepes, Centre de Tecnificació d'Ordino, 1r pis, AD300, Ordino)

Veillez soumettre le formulaire dument rempli à agad@andorra.ad ou directement à l'AGAD (C/Narciso Yepes, Centre de Tecnificació d'Ordino, 1er pis, AD300, Ordino)