

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

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

Veuillez 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 rubrieken 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 athlete must fill in sections 1, 4, 5 and 7; the physician must fill in sections 2, 3, 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

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

Nom de famille - Familiennaam - Family name		Prénoms - Voornaam - Given names	
Sexe - Geslacht - Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F/V	Date de naissance - Geboortedatum - Date of Birth	<input type="text"/> JJ/DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA/JJ/JJ/YYYY
Adresse - Adres - Address	Rue - Straat - Street / Numéro - Nummer - Number	Ville - Gemeente - City	Code postal - Postnummer - Postcode
Tél. contact (incl. code pays) - Telefoonnummer (incl. landcode) - Contact tel (incl. country code)		Courriel - E-mailadres - Email	
Sport		Discipline - Sporttak - Discipline	
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 a impairment, indicate the impairment			

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - MEDISCHE INFORMATIE - MEDICAL INFORMATION

Diagnostic - Diagnose - Diagnosis
Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament. Indien een toegelaten geneesmiddel kan worden gebruikt om de pathologie te behandelen, geef de klinische verantwoording voor het aangevraagde gebruik van het verboden geneesmiddel. If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide the clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

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.

De gegevens die de diagnose bevestigen, worden bij deze aanvraag gevoegd en er samen mee opgestuurd. Het medisch bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingonderzoeken bevatten. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe. Het bewijs moet zo objectief mogelijk zijn in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aanwijsbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag. Het WADA houdt een reeks richtlijnen bij die nuttig kunnen zijn voor artsen om volledige en gedetailleerde TTN-aanvragen in te dienen. 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 groot aantal aandoeningen die sporters vaak treffen en waarvoor een behandeling met verboden stoffen noodzakelijk is.

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must 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. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application. WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.

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

	Substance(s) interdite(s) (nom générique) Verboden substantie(s) (generische benaming) Prohibited substance(s) (generic name)	Posologie Dosis Dose	Vois d'administration Toedieningswijze Route of Administration	Fréquence d'administration Frequentie Frequency	Durée du traitement Duur van de behandeling Duration of treatment
1					
2					
3					

4. DEMANDES ANTÉRIEURES - VROEGERE AANVRAGEN - PAST REQUESTS

Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?

Oui - Ja - Yes Non - Neen - No

Heeft u al eerder een TTN-aanvraag/TTN-aanvragen ingediend?

Have you submitted any previous TUE application(s)?

Pour quelle substance? - Voor welke substantie? - For which substance?

Auprès de qui? - Bij wie? - To whom?

Quand? Wanneer?
When?

JJ/DD		MM		AAAA/JJJJ/YYYY			

Décision? Beslissing?
Decision?

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

5. DEMANDE RÉTROACTIVE - RETROACTIEVE AANVRAAG - RETROACTIVE APPLICATION

S'agit-il d'une demande rétroactive?

Is het een retroactieve 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)?

Indien ja, op welke datum bent u gestart met de behandeling (dd/mm/jjjj)?

If yes, on what date was the treatment started (dd/mm/yyyy)?

JJ/DD		MM		AAAA/JJJJ/YYYY			

Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive:

Gelieve de reden van de retroactieve aanvraag hieronder aan te geven:

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 aandoening was nodig.
 Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary.
- 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.
 Wegens andere uitzonderlijke omstandigheden was er onvoldoende tijd of waren er onvoldoende mogelijkheden om een TTN-aanvraag in te dienen vóór de monsterneming.
 Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit a application prior to sample collection.
- Demande avant utilisation de la substance/méthode non obligatoire en vertu des règles applicables.
 Aanvraag vóór gebruik van de substantie/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, 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.

Ik ondergetekende bevestig hiermee dat de in de rubrieken 2 en 3 hierboven vermelde gegevens juist zijn, en dat de hierboven vermelde behandeling medisch verantwoord is.

I certify that the information at sections 2 and 3 is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

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

Adresse Adres Address	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
	Rue - <i>Straat</i> - <i>Street</i> / Numéro - <i>Nummer</i> - <i>Number</i>	Ville - <i>Gemeente</i> - <i>City</i>	Code postal - <i>Postnummer</i> - <i>Postcode</i>			
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
	Tél. contact - <i>Telefoonnummer</i> - <i>Phone number</i>	Télécopieur - <i>Faxnummer</i> - <i>Fax</i>	Courriel - <i>E-mailadres</i> - <i>Email</i>			
Date Datum Date	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ/DD </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA/JJJJ/YYYY </td> </tr> </table>			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ/DD	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA/JJJJ/YYYY
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ/DD	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA/JJJJ/YYYY				
	Signature du médecin - <i>Handtekening van de behandelende arts</i> - <i>Signature of medical practitioner</i>					

7. DÉCLARATION DU SPORTIF

Je soussigné, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 4 et 5 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*.

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 mon droit d'accès et de correction ; 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 à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

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 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA </td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; padding: 5px;"> Signature du sportif </div>
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA			

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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA </td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; padding: 5px;"> Signature d'un des parents ou du tuteur légal </div>
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> JJ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MM	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AAAA			
	Nombre d'annexes <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				

Veillez nous soumettre le formulaire dûment rempli par le moyen suivant: courrier recommandé, courrier électronique, ou via ADAMS (en conservant personnellement une copie)

7. VERKLARING VAN DE SPORTER

Ik ondergetekende,, bevestig dat de in de rubrieken 1, 4 en 5 vermelde inlichtingen juist zijn. Ik geef toestemming voor het meedelen van mijn persoonlijke medische informatie aan het bevoegde personeel van de antidopingorganisatie (ADO) en van het WADA, aan de commissie voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van het WADA en aan andere commissies voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van ADO's en aan het bevoegde personeel dat het recht zou kunnen hebben die informatie te kennen krachtens de Wereld Anti-Doping Code en/of de internationale standaarden voor de toestemmingen wegens therapeutische noodzaak*.

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 besef dat die inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels.

Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wens te verkrijgen betreffende het gebruik van de informatie over mijn gezondheid (2) mijn recht op toegang en rechtzetting wens te gebruiken of (3) het recht van die organisaties om informatie 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 laat toe dat de beslissing betreffende mijn aanvraag wordt meegedeeld aan alle antidopingorganisaties of andere organisaties, bevoegd voor de controles en/of het verwerken van de resultaten.

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 kunnen 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 ik, 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, 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 sporter.

Datum
DD MM JJJJ

Aantal bijlagen

Handtekening van de ouder/wettelijke vertegenwoordiger

Gelieve het volledig ingevulde formulier naar ons te sturen via de volgende middelen: aangetekend schrijven, e-mail of ADAMS (u bewaart een afschrift voor u).

7. ATHLETE'S DECLARATION

I, certify that the information set out at sections 1, 4 and 5 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organisation (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-doping Code («Code») and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions*.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

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

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not equivalent to those in my country of residence.

I understand that I believe my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for Protecting of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

Date

DD MM YYYY

Athlete's signature

If the athlete Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.

Date

DD MM YYYY

Number of attachments

Parent's / guardian's signature

Please submit the form duly completed through the following medium: registered mail, electronical mail, or via ADAMS (while keeping a personal copy of it).