



Liste de vérification aux fins d'une demande
d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Sinusite/rhinosinusite



Substances interdites : pseudoéphédrine, glucocorticoïdes

Cette liste de vérification sert à orienter le sportif et son médecin quant aux exigences relatives à une demande d'AUT, lesquelles permettront au comité responsable (CAUT) d'évaluer si les critères applicables énoncés dans le Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT) sont respectés.

Veillez noter que la présentation d'un formulaire de demande d'AUT seul ne suffit pas; celui-ci DOIT être accompagné de tous les documents pertinents. *Un formulaire de demande et une liste de vérification dûment remplis NE garantissent PAS l'octroi d'une AUT.* Par ailleurs, dans certains cas, une demande pourrait être admissible sans inclure tous les éléments de la liste de vérification.

<input type="checkbox"/>	Le formulaire de demande d'AUT doit satisfaire aux exigences suivantes :
<input type="checkbox"/>	Toutes les sections doivent être remplies à la main dans une écriture lisible.
<input type="checkbox"/>	Tous les renseignements doivent être fournis en [inscrire la langue souhaitée].
<input type="checkbox"/>	La signature du médecin qui soumet la demande est requise.
<input type="checkbox"/>	La signature du sportif faisant l'objet de la demande est requise.
<input type="checkbox"/>	Le rapport médical doit comprendre les éléments suivants :
<input type="checkbox"/>	Données anamnestiques : symptômes précis (> 2 des symptômes suivants : douleur faciale, obstruction nasale, sécrétions nasales purulentes/écoulement nasal, hyposmie/anosmie), intensité (y compris en contexte d'amélioration ou d'aggravation) et durée des symptômes en nombre de jours/semaines
<input type="checkbox"/>	Résultats de l'examen clinique : congestion/obstruction nasale, sensation douloureuse de pression, écoulement nasal, altération de l'odorat
<input type="checkbox"/>	Diagnostic
<input type="checkbox"/>	Pseudoéphédrine et/ou glucocorticoïde (ces deux substances sont uniquement interdites en compétition [glucocorticoïde : si administré par voie générale; pseudoéphédrine : si administrée à une dose dépassant la dose thérapeutique maximale de 240 mg par jour ou en préparation à libération prolongée]), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration
<input type="checkbox"/>	Motif(s) pour le(s)quel(s) aucun traitement de remplacement non interdit n'est utilisé/suffisant et indication de la durée prévue du traitement
<input type="checkbox"/>	Les résultats de tests diagnostiques doivent comprendre une copie des épreuves suivantes :
<input type="checkbox"/>	Les épreuves de laboratoire (p. ex., culture nasale) sont facultatives.
<input type="checkbox"/>	Épreuves d'imagerie ou autres tests : confirmation du diagnostic par tomodensitométrie ou endoscopie (uniquement dans les cas chroniques)
<input type="checkbox"/>	Renseignements additionnels fournis
<input type="checkbox"/>	Selon les exigences de l'OAD