



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



**Douleur neuropathique**

*Substances interdites : narcotiques, cannabinoïdes*

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"/> | <b>Le formulaire de demande d'AUT</b> 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"/> | <b>Le rapport médical</b> doit comprendre les éléments suivants :  |
| <input type="checkbox"/> | Données anamnestiques : blessure précise touchant le système nerveux central ou périphérique et douleur occasionnée (p. ex., douleur centrale, douleur au membre fantôme, syndrome de douleur régionale), nature de la douleur, autres approches thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques                 |
| <input type="checkbox"/> | Résultats de l'examen neurologique   |
| <input type="checkbox"/> | Sommaire des résultats des tests diagnostiques en rapport avec la description clinique de la douleur   |
| <input type="checkbox"/> | Interprétation des symptômes, des signes cliniques et des résultats de tests par un médecin (idéalement un neurologue, un spécialiste de médecine physique et de réadaptation ou du traitement de la douleur)  |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic   |
| <input type="checkbox"/> | Narcotique ou cannabinoïde prescrit (l'une et l'autre de ces substances sont uniquement interdites en compétition; toutes les substances interdites appartenant à ces classes sont clairement précisées dans la <i>Liste des interdictions</i> ), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration |
| <input type="checkbox"/> | Données sur la réponse au traitement   |
| <input type="checkbox"/> | Motif(s) pour le(s)quel(s) aucun traitement de remplacement (p. ex., antidépresseurs, anticonvulsivants, tramadol, capsaïcine, lidocaïne) n'a été, n'a pu ou ne pourrait être utilisé  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Les résultats de tests diagnostiques</b> doivent comprendre une copie des épreuves suivantes :  |
| <input type="checkbox"/> | Épreuves d'imagerie : tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique, le cas échéant   |
| <input type="checkbox"/> | Autres tests : électromyographie, examens de la conduction nerveuse, le cas échéant  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Renseignements additionnels</b> fournis   |
| <input type="checkbox"/> | Opinion d'un spécialiste, selon les exigences de l'OAD   |