



## FORMULAIRE DE DEMANDE de dérogation pour usage thérapeutique (DUT)

**Veillez compléter toutes les sections en lettres majuscules ou d'imprimerie. L'athlète devra remplir les sections 1, 5, 6 et 7, les sections 2, 3 et 4 sont réservées au médecin. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être réémises de manière lisible et complète.**

### 1. Renseignements sur le rameur/l'athlète élite :

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Femme  Homme  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
(avec indicatif international)

E-mail : \_\_\_\_\_

Sport : VA'A (pirogue à balancier) \_\_\_\_\_

Pays/région d'affiliation à la FIV : \_\_\_\_\_

Pour les athlètes souffrant de handicap, veuillez en préciser la nature :

\_\_\_\_\_

### 2. Renseignements médicaux : (continuer sur une feuille libre si nécessaire)

Diagnostic : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter le trouble médical, veuillez fournir la justification clinique de la demande d'utilisation du médicament interdit.

\_\_\_\_\_



<b>Note</b>	Diagnostic - une preuve confirmant le diagnostic devra être jointe et transmise avec la demande. La preuve médicale devra inclure un historique médical complet et les résultats de tous les examens, recherches en laboratoire et études d'image correspondants. Des copies des rapports ou correspondances d'origine devront être incluses dans la mesure du possible. Les preuves devront être aussi objectives que possible dans les circonstances cliniques. Dans le cas de troubles impossibles à prouver, un avis médical indépendant devra être joint à cette demande.
-------------	--

**3. Détails du traitement :**

Substance(s) interdite(s) : Nom générique	Dosage	Voie d'administration	Fréquence	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				

**4. Déclaration du médecin :**

J'atteste que les renseignements fournis dans les sections 2 et 3 ci-dessus sont exacts et que le traitement susmentionné est médicalement approprié.

Nom : \_\_\_\_\_

Spécialité médicale  
: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax  
: \_\_\_\_\_ E-mail  
: \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**5. Demandes rétroactives :**

S'agit-il d'une demande rétroactive ? <b>Oui</b> : <input type="checkbox"/> <b>Non</b> :	Veillez en fournir le motif : Traitement d'urgence ou traitement d'un trouble médical grave <input type="checkbox"/> En raison de circonstances exceptionnelles, il n'était pas possible de faire
---	---



<input type="checkbox"/>	une demande avant la collecte de l'échantillon <input type="checkbox"/>
Si <b>Oui</b> , quand le traitement a-t-il commencé ? Date : _____	Demande préalable non requise dans le règlement en vigueur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Veuillez fournir une explication : _____ _____ _____

**6. Demandes antérieures :**

Avez-vous déjà déposé des demandes de DUT ? Oui  Non

Si Oui, pour quelle substance ou méthode ?

\_\_\_\_\_

Appliquée à qui ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_

Décision : Approuvée  Rejetée

**7. Déclaration de l'athlète :**

Je soussigné, \_\_\_\_\_, atteste de l'exactitude des renseignements donnés dans les sections 1, 5 et 6. J'autorise la divulgation de renseignements médicaux personnels au comité médical de la FIV ainsi qu'au personnel autorisé du CDUT de l'AMA, aux agents de l'AMA et au personnel autorisé disposant du droit d'accéder à ces renseignements en vertu du règlement de la FIV, du code antidopage mondial (le « Code ») et de la norme internationale relative aux exceptions pour usage thérapeutique.

J'autorise mon médecin à divulguer aux personnes susmentionnées tout renseignement de santé/médical jugé nécessaire pour juger ma requête.

Je comprends que mes renseignements ne seront utilisés qu'aux fins d'évaluer la demande de DUT et dans le contexte d'éventuelles enquêtes et procédures relatives à une violation du règlement antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir plus d'informations sur l'utilisation de mes renseignements de santé/médicaux, (2) exercer mon droit d'accès et de rectification ou (3) révoquer le droit de ces organismes à obtenir mes renseignements de santé, je devrais informer par écrit mon médecin et le comité médical de la FIV de ma décision. Je comprends et accepte que des renseignements de DUT obtenus avant la révocation de mon autorisation pourront être conservés aux seules fins d'établir une possible violation du règlement antidopage, lorsque le Code l'exige.

J'accepte que la décision relative à cette requête soit mise à disposition de toutes les parties ou autres organisations ayant autorité sur moi en matière de test et de gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision prise en relation à cette requête puissent être situés en dehors de mon pays de résidence.



## Fédération Internationale de Va'a

Dans certains de ces pays, les lois relatives à la protection et à la confidentialité des données peuvent être différentes de celles de mon pays de résidence.

Je comprends que si j'estime que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés conformément à ce formulaire de consentement et aux normes internationales de protection de la confidentialité des renseignements personnels, je pourrai déposer une plainte auprès de la FIV ou de l'AMA.

Signature du rameur ou de l'athlète élite : \_\_\_\_\_ Date

: \_\_\_\_\_

Veillez remettre le formulaire rempli à votre coordinateur régional de la FIV nationale ou régionale par e-mail avant la date limite de dépôt.  
Veillez conserver une copie de ce document.