



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



**Transplantation rénale**

*Substances interdites : glucocorticoïdes à action générale, érythropoïétine (EPO), diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de la prolyl hydroxylase du facteur inductible par l'hypoxie (HIF)*

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.

Veuillez 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 : symptômes, âge à l'apparition des symptômes, démarche diagnostique du médecin traitant
<input type="checkbox"/>	Description du déclin de la fonction rénale et preuves de satisfaction aux critères justifiant la transplantation rénale fournies par un néphrologue ou portant sa signature. L'information peut être fournie par le médecin traitant et validée par un néphrologue.
<input type="checkbox"/>	Rapport opératoire de la transplantation signé par le chirurgien
<input type="checkbox"/>	Dans les cas de rejet/dysfonction du greffon : preuves à cet égard fournies par un néphrologue ou portant sa signature
<input type="checkbox"/>	En présence de complications cardiovasculaires : preuves d'hypertension artérielle ou de cardiopathie ischémique et justification thérapeutique de l'utilisation d'un bêtabloquant fournies par le médecin traitant ou un cardiologue
<input type="checkbox"/>	Substance(s) prescrite(s) (les glucocorticoïdes à action générale, l'EPO, les diurétiques, les bêtabloquants et les HIF sont toutes des substances interdites), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration pour chaque substance
<input type="checkbox"/>	<b>Les résultats de tests diagnostiques</b> doivent comprendre une copie des épreuves suivantes :
<input type="checkbox"/>	Épreuves de laboratoire démontrant le déclin de la fonction rénale avant la transplantation; analyses sanguines attestant de la présence d'anémie dans le cas d'un traitement par EPO
<input type="checkbox"/>	Mesures de la tension artérielle; électrocardiogramme (ECG), coronarographie par tomographie à émission de positons, échocardiographie, angiographie coronarienne, etc., s'il y a lieu, dans le cas d'un traitement par un diurétique ou un bêtabloquant
<input type="checkbox"/>	<b>Renseignements additionnels</b> fournis
<input type="checkbox"/>	Selon les exigences de l'OAD