



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

Logo
ADO

Hypogonadisme masculin

*Substances interdites :
testostérone gonadotrophine chorionique humaine*

Cette liste de vérification vise à guider le sportif et son médecin dans les exigences à l'égard d'une demande d'AUT, qui permettront au Comité AUT d'évaluer si les critères pertinents du [Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques \(SIAUT\)](#) sont satisfaits.

Veuillez noter que la soumission du seul formulaire de demande d'AUT rempli n'est pas suffisante; des documents d'appui **DOIVENT** être fournis. *Une demande et une liste de vérification dûment remplies ne garantissent pas l'octroi d'une AUT.* Inversement, dans certaines situations, une demande légitime peut ne pas comprendre tous les éléments de la liste de vérification.

<input type="checkbox"/>		Voici les exigences quant au formulaire de demande d'AUT :
	<input type="checkbox"/>	Toutes les sections sont remplies de façon lisible
	<input type="checkbox"/>	Toutes les informations sont présentées en [la ou les langues précisées par l'OAD]
	<input type="checkbox"/>	Le médecin traitant a apposé sa signature
	<input type="checkbox"/>	Le sportif a apposé sa signature
<input type="checkbox"/>		Le rapport médical doit comprendre les éléments suivants :
	<input type="checkbox"/>	Antécédents médicaux : progression de la puberté; libido et fréquence de l'activité sexuelle, y compris la durée et la gravité des problèmes s'il y a lieu; érections et éjaculations; bouffées de chaleur et sueurs profuses; troubles des testicules; blessures importantes à la tête, s'il y a lieu; orchite; antécédents familiaux de puberté tardive, s'il y a lieu; symptômes non spécifiques (qu'ils soient positifs ou négatifs).
	<input type="checkbox"/>	Examen physique : gynécomastie; pilosité (axillaire et pubienne), diminution de la fréquence de rasage; volume testiculaire évalué par orchidomètre ou échographie; taille, poids, IMC; développement et tonus musculaires (obligatoire)
	<input type="checkbox"/>	Interprétation de l'historique, de la présentation et des résultats de laboratoire par le médecin traitant, de préférence un spécialiste en endocrinologie avec sous-spécialité en andrologie
	<input type="checkbox"/>	Diagnostic : hypogonadisme primaire ou secondaire; attribuable à une cause biologique ou fonctionnelle (notez qu'une AUT ne pourra être accordée qu'en présence d'un hypogonadisme de cause organique)
	<input type="checkbox"/>	Substance prescrite (la testostérone et la gonadotrophine chorionique humaine sont interdites en tout temps), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration
	<input type="checkbox"/>	Plan de traitement et de surveillance
	<input type="checkbox"/>	Attestation du suivi/de la surveillance du sportif par un médecin compétent pour les demandes des renouvellements
<input type="checkbox"/>		Les résultats des tests diagnostiques doivent comprendre une copie de ce qui suit :
	<input type="checkbox"/>	Épreuves de laboratoire (prélèvements faits le matin avant 10 h et à jeun, à au moins deux reprises, à au moins une semaine d'intervalle, sur une période de quatre semaines) : taux sérique de testostérone totale, de l'hormone lutéinisante (LH), de l'hormone folliculostimulante (FSH) et de la globuline liant les hormones sexuelles (SHBG)
<input type="checkbox"/>		Renseignements additionnels (si nécessaire)
	<input type="checkbox"/>	Analyse de sperme comprenant une numération des spermatozoïdes si la fertilité est compromise
	<input type="checkbox"/>	Taux d'inhibine B (si on soupçonne la présence d'un hypogonadisme hypogonadotrope isolé héréditaire ou d'un retard pubertaire constitutionnel)
	<input type="checkbox"/>	Épreuve d'imagerie par résonance magnétique de l'hypophyse, effectuée avec et sans agent de contraste; tests de la fonction hypophysaire, si indiqué – p. ex., mesure de la cortisolémie matinale; test de stimulation par la corticotrophine (ACTH); dosage de la thyroïdostimuline (TSH), de la thyroxine (T4) libre et de la prolactine
	<input type="checkbox"/>	Autres tests diagnostiques pertinents visant à rechercher une éventuelle cause organique à l'hypogonadisme secondaire (p. ex., dosage de la prolactine, bilan martial, tests génétiques de détection d'une hémochromatose héréditaire)
	<input type="checkbox"/>	Absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA), si indiqué