



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

Logo de
l'OAD

Infertilité féminine

Substances interdites : clomifène, létrozole

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.

Veillez 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 : historique des menstruations, grossesse ou fausse couche, infection transmissible sexuellement, problèmes de santé gynécologiques, chirurgie
<input type="checkbox"/>	Symptômes de troubles endocriniens comme l'hirsutisme, l'acné, la galactorrhée, les bouffées de chaleur et sueurs profuses ou la fatigue
<input type="checkbox"/>	Examen physique général, y compris un examen gynécologique
<input type="checkbox"/>	Facteurs liés au mode de vie et maladies chroniques pouvant nuire à la fertilité
<input type="checkbox"/>	Réponse aux traitements précédents (surveillance de l'ovulation, stimulation de celle-ci, fécondation in vitro)
<input type="checkbox"/>	Liste des traitements antérieurs et actuels
<input type="checkbox"/>	Les résultats des tests diagnostiques doivent comprendre une copie de ce qui suit :
<input type="checkbox"/>	Tests de laboratoire pertinents (évaluation de la réserve ovarienne, comme l'analyse sur sérum de l'hormone anti-müllérienne (AMH) et de l'hormone folliculostimulante (FSH) des jours 3 à 5 du cycle, ainsi que le compte folliculaire antral (CFA) par échographie)
<input type="checkbox"/>	Résultats d'imagerie (p. ex., échographie vaginale, HyCoSy, hystérosalpingogramme, laparoscopie, hystéroscopie)
<input type="checkbox"/>	Renseignements additionnels (si nécessaire)
<input type="checkbox"/>	[Conformément aux spécifications de l'OAD]