

Déclaration d'Usage

Votre formulaire doit être complété lisiblement en français ou en anglais. Toute utilisation par un sportif de **glucocorticoïdes par voies non systémiques, à savoir les injections intra-articulaires, périarticulaires, péri-tendineuses, épidurales, intradermiques, doit faire l'objet d'une déclaration d'usage** auprès de l'AFLD. Cette déclaration est exempte de toute participation financière.

Conformément au Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques, **les bêta-2 agonistes sont interdits, à l'exception du Salbutamol (maximum 1 600 microgrammes par 24 heures) et du Salmétérol par voie inhalée, qui doivent faire l'objet d'une déclaration d'usage** auprès de l'AFLD. Cette déclaration est exempte de toute participation financière.

Dans le cadre d'un traitement ayant recours à des **glucocorticoïdes par voie inhalée et à des bêta 2-agonistes par voie inhalée (hors Salbutamol et Salmétérol) également, c'est la procédure de demande d'AUT qui s'applique. Dans ce cas, la demande d'AUT, qu'elle soit ou non acceptée, vaut automatiquement déclaration d'usage pour les glucocorticoïdes par voie inhalée, Salbutamol et Salmétérol.**

Les déclarations d'usage doivent être adressées à l'Agence, soit à son adresse postale (AFLD, cellule médicale, 229 boulevard Saint-Germain, 75007 Paris), soit par télécopie (01 40 62 77 39), et en conserver la copie. **Un guide d'informations à destination des utilisateurs est consultable sur le site www.aflid.fr dans la rubrique AUT.**

1. Renseignements sur le (la) sportif(ve) – EN LETTRES MAJUSCULES

À remplir par l'intéressé(e)

Nom : **Prénom :**

Pour les mineurs, identité d'un des parents ou du tuteur légal

Nom : **Prénom :**

Sexe : Femme Homme **Date de naissance (jj/mm/aa) :**

Adresse :

Ville : **Code Postal :** **Pays :**

Tél. : **Courriel :**

Sport : **Discipline :**

Niveau de compétition le plus élevé atteint au cours de la présente saison sportive :

SHN PROFESSIONNEL NATIONAL RÉGIONAL DÉPARTEMENTAL

Signature du sportif :

CONFIDENTIEL

2. Diagnostic – EN LETTRES MAJUSCULES - À remplir par le médecin

.....
.....
.....
.....

3. Médicament (s) concerné (s) - EN LETTRES MAJUSCULES - À remplir par le médecin

Nom du médicament	Substance active selon dénomination commune internationale	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.				
2.				
3.				

Précisez la date de début (jj/mm/aa) et la durée du traitement :

.....
.....

4. Informations relatives au médecin – EN LETTRES MAJUSCULES

À remplir par le médecin

Nom et prénom :

Spécialité médicale :

N° d'enregistrement au Conseil National de l'Ordre :

Adresse :

Tél. : **Fax :**

Courriel :

Signature du médecin : **Date :**

Tampon :

CONFIDENTIEL