

Tous les renseignements inscrits sur la demande, doivent être en français ou en anglais. Toutes les sections doivent être remplies en lettres moulées ou dactylographiées.

1 Renseignements sur l'athlète

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____
Année Mois Jour

Numéro, rue : _____ Ville : _____

Province/État : _____ Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ Poste _____ Courriel : _____

Sport : Boxe Kick boxing Boxe mixte Autre Si Autre, précisez : _____

Si vous prévoyez participer à une manifestation, inscrire la date : _____

Avez-vous déjà fait une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques avant celle-ci? Oui Non

Si Non, poursuivre à la section 2.

Si Oui, pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s) : _____

Après de quelle organisation : _____

Date à laquelle vous avez faite cette demande : _____

Cette demande a été : Approuvée Refusée Précisez : _____

2 Renseignements médicaux (à remplir par votre médecin traitant)

Les documents inclus dans votre dossier médical doivent confirmer votre diagnostic, votre prescription et inclure :

- Une lettre de votre médecin confirmant que vous avez été examiné au cours de la dernière année;
- Un historique médical complet relatif à votre diagnostic;
- Les résultats pertinents de tous les examens objectifs tels que les analyses en laboratoire et les études par imagerie;
- Si applicable, des rapports de spécialistes indépendants fournissant une opinion médicale qui soutient le diagnostic, particulièrement dans le cas de conditions non démontrables;
- La correspondance pertinente entre les médecins concernant le diagnostic et la prescription.

Diagnostic : _____

Si un médicament autorisé peut être utilisé dans le traitement de l'état pathologique de l'athlète, veuillez présenter une justification clinique pour la demande d'usage du médicament interdit.

3 Renseignements détaillés sur les médicaments (à remplir par votre médecin traitant)

Substances interdites (précisez le nom commercial, le nom commun ou le nom générique)	Posologie (ex. : 200 mg)	Voie d'administration (ex. : inhalation, injection locale)	Fréquence d'administration (ex. : BID, QID)	Durée du traitement (ex. : une seule dose, urgence, un an)

4 Déclaration du médecin (à remplir par votre médecin traitant)

Prénom : _____ Nom : _____

Spécialité médicale : _____ Numéro du permis d'exercice (si applicable) : _____

Numéro, rue : _____ Ville : _____

Province/État : _____ Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ Poste _____ Courriel : _____

 J'atteste que les renseignements contenus dans les sections 2 et 3 sont exacts et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié._____
Signature du médecin traitantDate : _____
Année Mois Jour**5 Médecin ayant posé le diagnostic (si différent du médecin traitant)**

Prénom : _____ Nom : _____

Spécialité médicale : _____ Numéro du permis d'exercice (si applicable) : _____

Numéro, rue : _____ Ville : _____

Province/État : _____ Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ Poste _____ Courriel : _____

6 Consentement de l'athlète à l'échange de renseignements avec un tiers autre que le médecin traitant

J'autorise la Régie à partager de l'information médicale associée à ma demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

avec _____
Prénom et nom (en lettres moulées)

Je comprends que la Régie peut communiquer avec cette personne pour obtenir plus d'information médicale si nécessaire.

Prénom et nom de l'athlète (en lettres moulées)

Signature de l'athlète

Date : _____
Année Mois Jour

7 Déclaration de l'athlète

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques sont véridiques.

J'accepte de payer l'ensemble des frais découlant de tout examen médical requis pour l'étude de ma demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

J'autorise mon médecin traitant ou le médecin qui a posé le diagnostic à communiquer toutes informations requises à la Régie pour les fins de la présente demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutique.

J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels en matière de santé aux membres du comité d'évaluation.

Je comprends et accepte que les destinataires de mes renseignements personnels en matière de santé et de la décision à propos de cette demande puissent être à l'extérieur de la province ou du pays dans lequel je réside.

Signature de l'athlète

Date : _____
Année Mois Jour

8 Informations importantes

L'examen d'une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques complète peut prendre jusqu'à six semaines.

Conserver une copie de votre formulaire de demande et de votre dossier médical pour vos dossiers.

9 Transmission de la demande

Veuillez faire parvenir par courriel ce formulaire ainsi que les documents exigés à l'adresse **sports.combat@racj.gouv.qc.ca**.