

Déclaration d'usage relative à l'utilisation de glucocorticoïdes par voies non systémiques

NB. Veuillez compléter en caractères d'imprimerie ou par informatique toutes les mentions obligatoires identifiées par un astérisque (*).

Toute utilisation par un sportif de **glucocorticoïdes par voies non systémiques, à savoir les injections intra-articulaires, périarticulaires, péri-tendineuses, épidurales, intradermiques ainsi que l'administration par voie inhalée, doit faire l'objet d'une déclaration d'usage** auprès de l'AFLD. Cette déclaration est exempte de toute participation financière.

En cas de traitement comportant, tout à la fois, le recours à des **glucocorticoïdes par voie inhalée et à des bêta 2-agonistes par voie inhalée, 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.**

Un guide d'informations à destination des utilisateurs est consultable sur le site www.aflD.fr dans la rubrique AUT.

Les déclarations d'usage doivent être envoyées 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).

1. Renseignements sur le (la) sportif (ve) - *A 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 * : **CP *** :

Pays * :

Tél : **Courriel :**

Sport * : **Discipline/Position**

Signature du sportif * :

2. Diagnostic*- *A remplir par le médecin*

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

3. Médicament (s) concerné (s) - *A remplir par le médecin*

Nom du médicament*	Substance active selon Dénomination commune internationale*	Posologie*	Voie d'administration*	Fréquence d'administration*
1.				
2.				
3.				
4.				

Précisez la date de début (jj/mm/aaaa) et la durée du traitement* :
--

4. Informations relatives au médecin - *A 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 *: