

DECLARATION D'UTILISATION

Ce formulaire s'applique aux glucocorticoïdes administrés par voies non systémiques :
intra-articulaire, péri-articulaire, péri-tendineuse, épidurale, intradermique, voie inhalée*

(la demande d'AUT demeure nécessaire pour les voies orale, intraveineuse, intramusculaire ou rectale)

1. LE JOUEUR

Nom : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Association membre : _____

2. INFORMATIONS MEDICALES

Diagnostic : _____
Nom de la substance : _____
Dosage : _____ Administration : _____
Date de l'administration : _____

* les glucocorticoïdes inhalés doivent être déclarés lors de la demande de beta-2-agonistes en cas d'asthme

3. COORDONNEES DU MEDECIN

Nom : _____ Prénom : _____
Spécialité médicale : _____
Adresse : _____
Tél. : _____ Courriel : _____

Signature du joueur : _____ Date : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____