

## Déclaration de prescription FFR

A la suite des recommandations 2011 de l'Agence Mondiale Antidopage (AMA), l'AFLD a supprimé le formulaire déclaration d'usage.

Compte tenu de la possibilité de passage systémique de substances, entraînant des effets sur la santé et leur détection dans le sang et/ou les urines, le Comité Médical de la Fédération Française de Rugby (FFR) a mis en place une **Déclaration de Prescription**.

Exempte de toute participation financière, ce formulaire a pour but d'enregistrer de manière préalable et conservatoire auprès de la FFR, la consommation sur prescription médicale de médicaments contenant des substances potentiellement responsables d'un *résultat d'analyse anormal* lors d'un contrôle antidopage.

La **Déclaration de prescription** est recommandée pour les substances suivantes :

- Glucocorticoïdes par voie non systémiques
  - Injection intra-articulaire, péri articulaire, péri tendineuse, épidurale et intradermiques.
  - Voies inhalées buccale et nasale.
- Salbutamol, Formotérol et Salmétérol par voie inhalée. Les autres  $\beta 2$  agonistes nécessitent toujours une Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT).
- Ephédrine, méthyl éphédrine et pseudo éphédrine par voie orale, nasale ou auriculaire.

En cas de prescription d'un médicament contenant l'une de ces substances, il est recommandé :

- d'adresser à la FFR par courrier au **Président du Comité Médical, Service médical, 3-5, rue Jean de Montaigu, 91460 Marcoussis** ou par télécopie (**01.69.63.64.20**) à la FFR :
  - le formulaire de déclaration de prescription dûment rempli (verso).
  - La ou les ordonnances **lisibles**, datées et signées contenant l'identification du joueur concerné et celle du médecin prescripteur.
- au sportif de conserver l'ordonnance dans son sac de sport,
- au médecin de conserver un exemplaire du formulaire et de son ordonnance de prescription.

### Effet Dose Dépendant :

L'utilisation des substances suivantes n'est interdite que si leur concentration urinaire dépasse un seuil :

- Ephédrine et Methyl Ephédrine > 10  $\mu\text{g/ml}$  dans les urines
- Pseudo éphédrine > 150  $\mu\text{g/ml}$  dans les urines
- Salbutamol > 1000 ng/ml dans les urines
- Formotérol > 40 ng/ml dans les urines

Pour les médicaments contenant l'une de ces substances, il est conseillé de respecter les doses thérapeutiques recommandées par le fabricant (n'entraînant pas le dépassement des seuils limites) et de limiter leur usage en période de compétition.

## **Informations aux sportifs concernant les infiltrations de Glucocorticoïdes :**

### **1/ Qu'est-ce qu'une infiltration de glucocorticoïdes ?**

Il s'agit de l'administration locale, par une injection, d'un médicament (suspension microcristalline d'un glucocorticoïde) destiné à agir au contact de la lésion (autour d'un tendon pour une tendinite ; dans la cavité articulaire, ou au niveau de la colonne vertébrale) proposée pour traiter localement un phénomène inflammatoire articulaire ou tendineux.

### **2/ Quels sont les effets recherchés ?**

Le but principal est de traiter localement une inflammation. La diminution, voire la suppression de la douleur, est l'effet le plus recherché. Cet effet anti-inflammatoire ne dispense toutefois pas du repos prescrit par le médecin et ne permet pas non plus d'accélérer la cicatrisation de la blessure chez le sportif.

### **3/ Quelles sont les précautions à prendre avant une infiltration ?**

Vous devez déclarer à votre médecin toute pathologie évolutive (diabète, hypertension, infection cutanée ORL, urinaire ou respiratoire, fièvre), tout traitement en cours (en particulier, anticoagulant, antiagrégant, insuline) ou allergie aux médicaments.

### **4/ Quels sont les risques potentiellement encourus par le sportif ?**

Les complications éventuelles sont rares mais doivent être connues des sportifs. Complications et effets indésirables :

- locaux : infection, atrophie musculaire ou dermo-épidermique, rupture tendineuse...
- généraux : insuffisance surrénalienne biologique, réaction d'hypersensibilité, ostéonécrose aseptique, ostéoporose.

**Références complémentaires** : « utilisation glucocorticoïde chez le sportif de pathologies traumatiques, allergiques, infectieuses ou cutanées : état des lieux et conduites à tenir » collection mise au point, mai 2008, AFSSAPS et AFLD.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e), .....  
 Docteur en médecine, certifie avoir reçu en consultation et examiné sur sa demande,  
**M./Mme :** .....né(e) **le :** .....  
 résidant : .....

et l'avoir informé(e), conformément à la loi et au code de déontologie médicale, sur son état de santé et sur les traitements relatifs à celui-ci, ainsi que sur son droit de consentir ou non au traitement proposé.

En ce qui concerne l'injection d'une suspension microcristalline de glucocorticoïdes, la fiche d'informations aux sportifs au recto explique les bénéfices et les risques qui peuvent en découler, notamment les effets secondaires et les complications éventuelles. **Il est en particulier recommandé d'observer un repos sportif dans les suites de l'injection.**

Certificat établi en deux exemplaires contresignés, dont une copie lui est remise en main propre ce jour pour faire valoir ce que de droit, l'autre, envoyée au **Service médical de la FEDERATION FRANCAISE DE RUGBY, 3-5, rue Jean de Montaigu, 91460 MARCOUSSIS.**

**Fait, le :** ...../...../.....  
**à :** .....

**Cachet et signature du Médecin prescripteur**

Je soussigné(e), **M./Mme :** ....., reconnais avoir reçu une information claire et précise du Dr : ..... concernant les bénéfices et les risques du traitement qu'il me propose.

**Signature du ou de la sportif(ve) :**

## Déclaration de prescription FFR

**1. Renseignements sur le (la) sportif(ve) -EN LETTRES MAJUSCULES-** 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 :** ..... **Code Postal :** ..... **Pays :** .....

**Tél. :** ..... **Courriel :** .....

**Sport :** ..... **Discipline/Position :** .....

**2. Diagnostic – EN LETTRES MAJUSCULES** – A remplir par le médecin

**3. Médicament (s) concerné (s) - EN LETTRES MAJUSCULES** – A 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 :**