



# EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

1

Dossier à adresser, sous pli confidentiel au district, à l'attention de la Commission Médicale de District.

**TOUT DOSSIER MÉDICAL INCOMPLÈTEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNÉ À L'EXPÉDITEUR.**

## SECRET MEDICAL

SAISON :

DISTRICT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

## PREAMBULE

L'examen médical préalable à la pratique de l'arbitrage en district, effectué de préférence par un médecin fédéral ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, est destiné à définir l'absence de contre-indication d'ordre médical et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

- La Commission Médicale de District attire votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés qui devront être réalisés dans ce dossier. Notamment, la prise en compte des facteurs de risque éventuels dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport. Si nécessaire, en fonction des résultats de l'examen médical, l'avis d'un spécialiste sera requis.
- La Commission Médicale de District enregistre l'avis du médecin examinateur et valide l'autorisation de jouer. En cas d'avis médical défavorable, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, elle ne délivrera pas l'autorisation d'arbitrer.

Le Médecin Fédéral National

## AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE DE DISTRICT

Partie strictement réservée à la CMD

Ayant pris connaissance du dossier de l'arbitre cité ci-dessus et des conclusions de l'examen du Docteur .....

- La Commission Médicale de district transmet le dossier au secrétariat du district pour la délivrance de la licence arbitre.
- La Commission Médicale de district décide que le dossier ne peut être validé pour raison :
  - administrative. Motif : .....
  - médicale. Motif : un courrier explicatif sera adressé à l'arbitre.

Date :

Signature et cachet :



# EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

2

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....  
Date de naissance : ..... Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : .....

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'arbitre préalablement à l'examen médical

- Avez-vous été hospitalisé(e) ? .....  oui\*  non \* précisez : .....
- Avez-vous été opéré(e) ? .....  oui\*  non \* précisez : .....
- Avez-vous des troubles de la vue ? .....  oui\*  non \* portez-vous des corrections  lunettes  lentilles
- Souffrez-vous de diplopie (*vision dédoublée par instant*) ? .....  oui  non
- Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?  
 oui\*  non \* précisez : .....
- Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?  
• accident, maladie cardiaque ou vasculaire  oui\*  non \* précisez l'âge : .....  
• mort subite (*y compris du nourrisson*)  oui\*  non \* précisez l'âge : .....
- Avez-vous déjà senti pendant ou après un effort un(e) ?  
• malaise/perte de connaissance  oui  non • palpitations (*cœur irrégulier*)  oui  non  
• douleur thoracique  oui  non • fatigue/essoufflement inhabituel  oui  non
- Avez-vous un(e) ?  
• maladie cardiaque  oui  non • souffle cardiaque  oui  non  
• maladie des vaisseaux  oui  non • trouble du rythme connu  oui  non  
• été opéré du cœur/des vaisseaux  oui  non • hypertension artérielle  oui  non  
• diabète  oui  non  ne sait pas  
• cholestérol élevé  oui  non  ne sait pas
- Avez-vous déjà eu un(e) ?  
• électrocardiogramme  oui\*  non \* date et résultats : .....  
• échocardiogramme  oui\*  non \* date et résultats : .....  
• épreuve d'effort maximale  oui\*  non \* date et résultats : .....
- Fumez-vous ? .....  oui\*  non \* nombre par jour ? .....  
depuis quelle date ? .....
- Avez-vous des allergies ? .....  oui\*  non \* précisez : .....
- Prenez-vous un traitement régulièrement ? .....  oui\*  non \* précisez : .....
- Vos dents sont-elles en bon état ? .....  oui  non
- Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?  oui\*  non \* précisez : .....
- Date de vaccination contre le tétanos? .....

Je soussigné(e), M..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

## EXAMEN MEDICAL

| ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS  |   |  |  |   |                                   |   |  |
|---|---|--|--|---|-----------------------------------|---|--|
| MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX  |   |  |  |   |                                   |   |  |
| ALLERGIE(S)   |   |  |  |   |                                   |   |  |
| DATE VACCINATION ANTITÉTANIQUE  |   | Calendrier des rappels de vaccination : 11-13 ans, 25 ans, 45 ans, 65 ans...   |  |   |                                   |   |  |
| TRAITEMENT(S) EN COURS  |   |  |  |   |                                   |   |  |
| EXAMEN MORPHOSTATIQUE   |   |  |  |   |                                   |   |  |
| Taille : ..... (m/cm)   | IMC : .....<br>(Poids / Taille <sup>2</sup> ) | Normal   | Surpoids   | Obésité   |                                   |   |  |
| Poids : ..... (kg/g)  |   | 18,5 à 25  | 25 à 30  | modérée<br>30 à 35  | sévère<br>35 à 40                 | morbide<br>Plus de 40                       |  |
| EXAMEN SOMATIQUE  |   |  |  |   |                                   |   |  |
| APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle  |   |  |  |   |                                   |   |  |
| APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE  |   |  |  |   |                                   |   |  |
| EXAMEN RESPIRATOIRE   |   |  |  |   |                                   |   |  |
| PRESSION ARTÉRIELLE   | Bras gauche :                                 |  |  | Bras droit :  |                                   |   |  |
| FACTEUR DE RISQUE   | Lié à l'âge                                   | Hors âge   |  |   |                                   |   | TOTAL  |
|   | > à 50 ans<br><input type="checkbox"/>        | Antécédents familiaux<br><input type="checkbox"/>  | HTA<br><input type="checkbox"/>  | Diabète<br><input type="checkbox"/>   | Tabac<br><input type="checkbox"/> | Hypertlipidémie<br><input type="checkbox"/> | Obésité IMC > 30<br><input type="checkbox"/> |
| EXAMEN<br>CARDIOLOGIQUE   | Facteur de risque<br>hors âge                 | Âge  | Examen à effectuer (Homme et Femme) selon la périodicité suivante (*)                  |   |                                   |   |  |
|   | -   | Jusqu'à 34 ans inclus  | Uniquement<br>lors de la<br>1 <sup>re</sup> licence                                    | Moins de 18 ans : ECG de repos et <b>dès 18 ans</b> compléter avec Échographie cardiaque<br>À partir de 18 ans : ECG de repos + Échographie cardiaque |                                   |   |  |
|   | 0 ou 1  | dès 35 à 50 ans inclus   | Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique                 |   |                                   |   |  |
|   |   | dès 51 ans à +   | Tous les ans : ECG de repos<br>Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique |   |                                   |   |  |
| 2 ou +  | dès 35 ans à +                                | Tous les ans : ECG de repos<br>Tous les 5 ans (protocole minimum) : Épreuve d'effort à visée cardiologique<br>● Selon avis médecin ou cardiologue : La fréquence peut être modifiée et d'autres examens demandés |  |   |                                   |   |  |
| <i>Joindre : Tracé et interprétation (non automatique) de l'ECG et les conclusions des autres examens</i>               |   |  |  |   |                                   |   |  |
| (*) en dehors de tout signe fonctionnel ou d'examen nécessitant un avis cardiologique et/ou des examens supplémentaires |   |  |  |   |                                   |   |  |
| ACUITÉ VISUELLE   |   |  |  |   |                                   |   |  |
| La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique du football<br>(article 44 ter des règlements généraux)         |   | Sans correction  |  | Avec correction   |                                   | Mode de correction éventuel                 |  |
|   |   | ŒIL DROIT  |  |   |                                   | <input type="checkbox"/> lunettes           |  |
|   |   | ŒIL GAUCHE   |  |   |                                   | <input type="checkbox"/> lentilles          |  |

## CONCLUSION

Je soussigné(e), .....docteur en médecine à ..... certifie avoir examiné Mme, Mlle, M. ...., arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

- ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage de district  
 présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage de district.

préciser le motif : .....

Date de l'examen :

Signature et cachet :