



EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

1

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

TOUT DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNE A L'EXPEDITEUR.

SECRET MEDICAL

SAISON :

DISTRICT : Hautes-Pyrénées (65)

Nom : Prénom :
Date de naissance : Age : 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 d'arbitrer. 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

SAISON :

DISTRICT : **Hautes-Pyrénées (65)**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

► QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

A 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 ? oui* non
(Vision dédoublée par instant)

Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitra 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 ressenti pendant ou après un effort un(e) ?

- Malaise/perde de connaissance oui non
- Douleur thoracique oui non
- Palpitations (*cœurs irrégulier*) oui non
- Fatigue/essoufflement inhabituel oui non

Avez-vous un(e) ?

- Maladie cardiaque oui non
- Maladie des vaisseaux oui non
- Eté opéré du cœur/des vaisseaux oui non
- diabète oui non ne sait pas
- cholestérol élevé oui non ne sait pas
- Souffle cardiaque oui non
- Trouble du rythme connu oui non
- Hypertension artérielle oui non

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 de l'Arbitre :



EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

3

SAISON :

DISTRICT : Hautes-Pyrénées (65)

Nom : Prénom :

EXAMEN MEDICAL

ANTECEDENTS DECLARES							
MEDICAUX ET CHIRURGICAUX							
ALLERGIE(S)							
DATE VACCINATION ANTITETANIQUE		Le dernier rappel de vaccination doit dater de moins de 10 ans.					
TRAITEMENT(S) EN COURS							
EXAMEN MORPHOSTATIQUE							
Taille : (m/cm)	IMC :	IMC = Poids / Taille ²					
Poids : (kg/g)		Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide	
		18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40	
EXAMEN SOMATIQUE							
APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle							
APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE							
AUSCULTATION RESPIRATOIRE							
EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE	Pression artérielle	bras gauche :		bras droit :			
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Facteur de risque âge > à 50 ans		Facteurs de risque hors âge			
		Antécédents familiaux	HTA	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC > 30
ELECTRO-CARDIOGRAMME (ECG)							
L'ECG est OBLIGATOIRE. Joindre le tracé et son interprétation médicale (l'interprétation automatique n'est pas valable)							
	Nombre facteurs de risque hors âge	Période	A effectuer				
Homme	-	Jusqu'à 35 ans	ECG de base au premier examen				
	=	de 35 à 50 ans	ECG tous les 5 ans				
	0 ou 1	de 51 ans à +	ECG + épreuve d'effort tous les 2 ans				
Femme	=	de 35 à 49 ans	ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les 2 ans				
	2 ou +	de 50 ans à +	ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les ans				
ACUTE VISUELLE							
La cécité monoculaire et incompatible avec la pratique du football (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, Melle, 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 :