



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKET BALL
DOSSIER MÉDICAL ARBITRE
SECRET MÉDICAL

SAISON : 2014/2015

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse : N°.....rue.....

CPVille.....

Téléphone (s) :

Courriel :

N° Licence dernière saison :

Niveau demandé :

HN	
CF	
TERR	

<35 ANS	
>35 ANS	

AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE :
.....

Vu le dossier de l'arbitre cité ci-dessus et les conclusions de l'examen :
du Docteur

La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat

du CD	<input type="checkbox"/>
de la Ligue Régionale	<input type="checkbox"/>
de la Commission fédérale	<input type="checkbox"/>

pour la délivrance de la licence arbitre.

La Commission Médicale 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 :

QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VISITE MEDICALE A REMPLIR ET SIGNER PAR LE SPORTIF

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure ?	Non	Oui
si oui laquelle ? :		
Avez-vous déjà été opéré ?	Non	Oui
Précisez		
Avez-vous déjà été hospitalisé pour traumatisme crânien ?	Non	Oui
Epilepsie, perte de connaissance ?	Non	Oui
Avez-vous des troubles de la vue ?	Non	Oui
si oui, portez-vous des corrections ?	lunettes	lentilles
Avez-vous eu des troubles de l'audition ?	Non	Oui
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ?	Non	Oui
Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements suivants :		
Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50 ans ?	Non	Oui
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ?	Non	Oui
Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :		

Malaise ou perte de connaissance ?	Non	Oui
Douleur thoracique ?	Non	Oui
Palpitations (cœur irrégulier) ?	Non	Oui
Fatigue ou essoufflement inhabituel ?	Non	Oui
Présentez-vous:	Non	Oui
Une maladie cardiaque ?	Non	Oui

Une hypertension artérielle ?	Non	Oui
Un diabète ?	Non	Oui
Un taux de cholestérol élevé ?	Non	Oui
Avez-vous suivi un traitement régulier ces deux dernières années ?	Non	Oui
Une infection sérieuse dans le mois précédent ?	Non	Oui
Avez-vous déjà eu :		
un électrocardiogramme ?	Non	Oui
un échocardiogramme ?	Non	Oui
une épreuve d'effort ?	Non	Oui
Avez-vous déjà eu		
des troubles de la coagulation ?	Non	Oui
À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)		
Fumez-vous ?	Non	Oui
si oui, combien par jour ?		
Depuis combien de temps ?		

Avez-vous des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) ?	non	oui
des allergies cutanées ?	non	oui
des allergies à des médicaments ?	non	oui
si oui, lesquels ? :		
Prenez-vous des traitements		
pour l'allergie ?	non	oui
si oui, lesquels ?		
pour l'asthme ?	non	oui
si oui, lesquels ?		
Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites ?	non	oui
Vos dents sont-elles en bon état ?	non	oui
Avez-vous déjà eu		
des problèmes vertébraux ? :	non	oui
une anomalie radiologique ? :	non	oui
Avez-vous déjà eu : (précisez le siège et quand)		
une luxation articulaire ?	non	oui
une ou des fractures ?	non	oui
une rupture tendineuse ?	non	oui
des tendinites chroniques ?	non	oui
des lésions musculaires ?	non	oui
des entorses graves ?	non	oui
Prenez-vous des médicaments actuellement ?	non	oui
Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement non cités précédemment ?	non	oui
Avez-vous une maladie non citée ci-dessus ?	non	oui
Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos Polio Hépatite ?	non	oui
Autres précisez :		
Si vous avez un carnet international de vaccinations merci de l'apporter		

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES

À quel âge avez-vous été réglée ?		
Avez-vous un cycle régulier ?	non	oui
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ?	non	oui
Combien de grossesses avez-vous eu		
Prenez-vous un traitement hormonal ?	non	oui
Prenez-vous une contraception orale ?	non	oui
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?	non	oui
Suivez-vous un régime alimentaire ?	non	oui
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ?	non	oui
Dans votre famille, y a-t-il des cas d'ostéoporose ?	non	oui
Avez-vous une affection endocrinienne ?	non	oui
Si oui, laquelle ?		
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?		

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) déclare être candidat à la qualification d'arbitre

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des « 10 règles d'or » édictées par le club des Cardiologues du Sport.

Nom :Date

Signature

EXAMEN MÉDICAL

CARNET de SANTÉ présenté : oui- non

ANTECEDENTS :

Maladie (s):.....

Traitement(s):.....

Traumatisme(s):.....

Période(s) d'arrêt :.....

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : (m) Poids: (Kg) IMC (P/T ²):

Normal Surpoids Obésité modérée Obésité sévère Obésité morbide

18,5 à 25 25 à 30 30 à 35 35 à 40 > 40

ACUITÉ VISUELLE

	Sans correction	Avec correction	Mode de correction éventuel <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles
OEIL DROIT			
OEIL GAUCHE			

ÉTAT DENTAIRE ET ORL :

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN :

RACHIS : Signes fonctionnels :

Cyphose : Scoliose : Lordose :

DDS : Lasègue:..... Distance Talon- fesse en pro cubitus :

Membres supérieurs.....

Membres inférieurs :

État musculaire :

État tendineux :

Signes fonctionnels ostéo-articulaires :

.....
.....

APPAREIL RESPIRATOIRE :

LES 10 RÈGLES D'OR

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

<http://www.clubcardiosport.com/regles-d'or/affiche.jpg>

- 1/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 minutes lors de mes activités sportives
- 2/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 3/ J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5°C ou supérieures à 30°C
- 4/ Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 5/ Je ne consomme pas de drogue ou de substances dopantes et ne prends pas de médicaments sans avis médical
- 6/ Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 7/ Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes
- 8/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort
- 9/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 10/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort