



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKET BALL
DOSSIER MÉDICAL ARBITRE
SECRET MÉDICAL

SAISON :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse : N° rue

CP Ville

Téléphone (s) :

Courriel :

N° Licence dernière saison :

Niveau demandé :	HN	< 35
	CF	ANS
	TERR	> 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	
de la Ligue Régionale	
de la Commission fédérale	

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 évènements 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/T²):

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 lunettes 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 :

M e m b r e s s u p é r i e u r s

M e m b r e s i n f é r i e u r s : É t a t

m u s c u l a i r e :

État tendineux :

Signes fonctionnels ostéo-articulaires :

.....
.....

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Signes fonctionnels :

Auscultation :

Asthme : APPAREIL

CARDIOVASCULAIRE :

Signes fonctionnels :

Auscultation :

Souffle cardiaque (position couchée et debout)

Palpation des fémorales :

Pression artérielle bras gauche : bras droit :

Facteur de risque âge U oui U non

Facteurs de risque hors âge U oui U non

UHTA UDiabète UTabac UHyperlipidémie UObésité

Antécédents familiaux d'événement cardio-vasculaire précoce
(50 ans chez l'homme – 60 ans chez la femme) U oui U non

ÉLECTROCARDIOGRAMME (ECG)

Joindre le tracé et son interprétation **ET/OU UN COMPTE RENDU DE BILAN
CARDIOLOGIQUE EFFECTUÉ CHEZ UN CARDIOLOGUE OU DANS UN
PLATEAU TECHNIQUE DE MÉDECINE DU SPORT.**

CONCLUSION :

Je soussigné(e), Dr certifie avoir
examiné Mme, M. , arbitre de
basketball, et constaté qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale à la
pratique de l'arbitrage

Date de l'examen :

Signature et cachet :

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