



# 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 MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNE A L'EXPEDITEUR.**

## 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 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

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/perde 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 :



# EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

3

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

## EXAMEN MEDICAL

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	
ALLERGIE(S)	
DATE VACCINATION ANTITÉTANIQUE	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 <sup>2</sup>				
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 :		
	Facteur de risque âge > à 50 ans	Facteurs de risque hors âge					
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Antécédents familiaux	HTA	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC > 30

**L'ECG est OBLIGATOIRE. Joindre le tracé et son interprétation médicale (l'interprétation automatique n'est pas valable)**

ÉLECTRO-CARDIOGRAMME (ECG)		Nombre facteurs de risque hors âge		Période		À effectuer	
		Homme	-	Jusqu'à 35 ans	ECG de base au premier examen		
=	0 ou 1	de 35 à 50 ans		ECG tous les 5 ans			
		de 51 ans à +		ECG + épreuve d'effort tous les 2 ans			
=	2 ou +	de 35 à 49 ans		ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les 2 ans			
		de 50 ans à +		ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les ans			
Femme	-			ECG de base au premier examen			

### ACUITÉ VISUELLE

**La cécité monoculaire est 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 :