



DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

NOTICE

Le DMA et son contenu s'adresse à tout arbitre licencié officiellement nommé "arbitre de district" ou "arbitre de ligue"
(y compris les JAF et les candidats JAF)

En fonction de l'âge des arbitres précités

La nature des éléments nécessaires à l'obtention de la licence "arbitre" est différente

- L'âge s'entend au 1^{er} juillet de la saison pour laquelle la demande de licence "arbitre" est effectuée •

Vous avez moins de 18 ans

- vous êtes concerné par les pages 6 et 7 du DMA •

↳ Vous devez :

Renseigner **uniquement** un "Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur".

- En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées en page 6 du DMA.

Vous avez 18 ans et jusqu'à vos 34 ans inclus

- vous êtes concerné par les pages 1 à 5 et 7 du DMA •

↳ Vous devez :

Présenter un DMA en alternance avec le questionnaire de santé "QS-Sport"

Le DMA équivaut au certificat médical (d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive) nécessaire à la prise d'une licence sportive. Il a une validité de 3 ans conditionnée au maintien de la qualité de licencié, à l'obligation de répondre au QS-Sport et à en attester pendant les deux saisons consécutives au DMA (cf art 70 des RG de la FFF)

Le cycle dure 3 ans : un DMA suivi de deux "QS-Sport"



- Toute interruption du cycle par perte de la qualité de licencié rend le DMA obligatoire pour la reprise dudit cycle (ex : congé sabbatique)

- **Lorsque vous devez présenter un DMA** : Tous les examens demandés correspondant à votre âge doivent être effectués (p.1 à 4)

- **Lorsque vous devez répondre au QS-Sport** : En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées en page 5 du DMA

Rappel : l'examen ophtalmologique est réservé uniquement aux arbitres de ligue (voir informations complémentaires).

Vous avez 35 ans et plus

- vous êtes concerné par les pages 1 à 4 du DMA •

↳ Vous devez :

Présenter un DMA chaque saison.

Tous les examens demandés correspondant à votre âge et à vos facteurs de risque doivent être effectués.

Rappel : l'examen ophtalmologique est réservé uniquement aux arbitres de ligue.



CAS DES ARBITRES STAGIAIRES

- ↳ **Vous avez moins de 18 ans** : Présenter **uniquement** un "Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur".
En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées en page 6 du DMA.

- ↳ **Vous avez 18 ans ou plus** : Suite à la FIA et la réussite à l'examen théorique, vous êtes détenteur d'une licence d'arbitre acquise sur la base d'un certificat médical ou d'un QS-Sport (selon que vous soyez licencié joueur/éducateur ou non licencié).
Dès votre nomination officielle arbitre de district, vous devez présenter un DMA dont la validité couvrira la saison N en cours et la saison N+1. **Concernant les examens cardiaques à fournir lors de votre 1^{er} DMA** : reportez-vous à la partie "examen cardiologique" de la page 3. Puis suivre le cycle dicté par votre tranche d'âge.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

LORS DE LA PROMOTION D'ARBITRE DE DISTRICT À ARBITRE DE LIGUE :

- La continuité du cycle DMA /QS-Sport ainsi que la périodicité des examens cardiaques sont conservées
- L'examen ophtalmologique exigé lors de l'arrivée en ligue est joint soit au DMA soit au QS-Sport suivant la période du cycle.

À SAVOIR

- Les praticiens qui effectuent vos examens (clinique, cardiaque, ...) peuvent demander des examens complémentaires.
- Concernant le DMA, lors de l'examen clinique le médecin émet une conclusion sur la contre-indication ou non à la pratique de l'arbitrage mais seule la commission médicale de district, ou de ligue, concernée délivre l'aptitude médicale au vu de l'ensemble des éléments, examens et informations constituant le DMA. Elle peut également demander des examens complémentaires.
- Votre district ou votre ligue sont là pour vous guider.



DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

1/7

**À adresser sous pli confidentiel à l'attention de votre Commission Médicale
Tout dossier incomplètement rempli sera irrecevable et retourné à l'arbitre**

SECRET MÉDICAL

SAISON :

Demande de licence d'arbitre de DISTRICT
 LIGUE

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

PRÉAMBULE

Le DMA (p.1 à 4) contient un examen clinique qui correspond au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.

Selon les articles 69 et 76 du code de déontologie médicale, nous attirons votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport. La prise en compte des facteurs de risque est nécessaire et l'avis d'un spécialiste peut être requis.

Il est préconisé que ce DMA soit effectué par un médecin fédéral du football ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, à défaut le médecin généraliste de l'arbitre peut l'établir.

➤ La Commission Médicale de district ou de ligue de l'arbitre fait lecture de tous les éléments constituant le dossier et valide l'autorisation d'arbitrer. En cas d'avis médical défavorable de la commission médicale concernée, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, l'autorisation d'arbitrer ne sera pas délivrée.

Le Médecin Fédéral National

Partie strictement réservée à la Commission

➔ **AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE DE** DISTRICT
 LIGUE

Ayant pris connaissance du dossier de l'arbitre précité et des conclusions de l'examen du Docteur

transmet le dossier au secrétariat du district ou de ligue pour la délivrance de la licence arbitre.

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 :



Nom : Prénom : Saison :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

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

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) ?

- pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire oui* non * précisez l'âge :
- mort subite durant la pratique sportive ou non, 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 (cœur irrégulier) oui non
- fatigue/essoufflement inhabituel oui non

Avez-vous un(e) ?

- maladie cardiaque oui non
- maladie des vaisseaux oui non
- été 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 :

Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ? oui non

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? oui* non * précisez :

Date de vaccination contre le tétanos ?

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

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

Date :

Signature :



DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

3/7

Nom : Prénom : Saison :

EXAMEN CLINIQUE

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX	
ALLERGIE(S)	
TRAITEMENT(S) EN COURS	

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : (m/cm)	IMC :	Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
Poids : (kg/g)	(Poids / Taille ²)	18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

EXAMEN SOMATIQUE

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE

EXAMEN CARDIOLOGIQUE

● Selon l'avis du médecin, du cardiologue ou présence de signes fonctionnels : la fréquence des examens peut être modifiée et d'autres exigés

PRESSION ARTERIELLE	Nbre facteurs de risque (hors âge)	Âge <input type="checkbox"/> > à 50 ans	Selon le protocole établi : examens à effectuer	
Bras gauche :	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Tabac	-	Moins de 18 ans	Aucun examen cardiaque à effectuer
		-	de 18 ans à +	Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA
Bras droit :	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie <input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30 <input type="checkbox"/> Autres	-	de 18 à 34 ans inclus	Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1 ^{er} DMA.
		0 ou 1	de 35 à 50 ans inclus	Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique
			de 51 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique
2 ou +	de 35 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique (examen a minima -peut être complété)		

ACUITÉ VISUELLE

● La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage

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

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
- présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage
préciser le motif :

Date de l'examen :

Signature et cachet :