



Nom :

Prénom :

Saison :

à remplir**QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

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

à remplir si vous avez coché «oui»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 ☐ lentillesSouffrez-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, ☐ oui* ☐ non
maladie cardiaque ou vasculaire

* précisez l'âge :

• mort subite durant la pratique sportive ou non, ☐ oui* ☐ non
y compris du nourrisson

* précisez l'âge :

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e) ?

• malaise/perte 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**à remplir si vous avez coché «oui»**

Avez-vous déjà eu un(e) ?

• électrocardiogramme ☐ oui* ☐ non
• échocardiogramme ☐ oui* ☐ non
• épreuve d'effort maximale ☐ oui* ☐ non

* date et résultats :

* date et résultats :

* 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 ☐ nonAvez-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 :

*** Champs obligatoires en vert, à ne pas oublier de compléter**



DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

3/7

Nom :

Prénom :

Saison :

à remplir

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

R.A.S. ou pathologie

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

R.A.S. ou pathologie**En relation avec votre activité sportive**

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE

R.A.S. ou pathologie

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 ☐ > 50 ans	Selon le protocole établi : examens à effectuer
		☐ > 50 ans	Joindre : tracé et interprétation (non automatique) de l'ECG et conclusions des autres examens
Bras gauche : X	☐ Antécédents familiaux	-	Aucun examen cardiaque à effectuer
	☐ HTA	-	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
	☐ Diabète	-	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
Bras droit : X	☐ Tabac	-	
	☐ Hyperlipidémie	0 ou 1	Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique
	☐ Obésité IMC > 30	de 35 à 50 ans inclus	Tous les ans : ECG de repos
	☐ Autres	de 51 ans à +	Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique
		2 ou +	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 : ☐ lunettes ☐ lentilles
ŒIL GAUCHE	Sans correction :	Avec correction :	

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
☐ présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage

préciser le motif :

Date de l'examen :

Signature et cachet :

*** Champs obligatoires en vert, à ne pas oublier de compléter**



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE L'ARBITRE MAJEUR

"QS-SPORT"

SAISON (N) : 20.... / 20....

UNIQUEMENT RÉSERVÉ AUX ARBITRES RÉPONDANT IMPÉRATIVEMENT AUX CONDITIONS SUIVANTES :

- avoir entre 18 à 34 ans inclus au 1^{er} juillet de la saison (N) indiquée ci-dessus
- avoir présenté un DMA à N-1 ou à N-2
- avoir été licencié à N-1

Pour plus de détails se conférer à la notice accompagnant le DMA ou à l'article 70 des règlements généraux de la FFF

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ "QS-SPORT" PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUELEMENT)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un DMA (pages 1 à 4 - équivalent du certificat médical) pour demander votre licence d'arbitre au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 de ses règlements Généraux.

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :		
1 Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2 Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3 Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4 Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5 Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6 Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
À CE JOUR :		
7 Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8 Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9 Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

MARCHE À SUIVRE DE L'ARBITRE MAJEUR POUR SA DEMANDE DE LICENCE :

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

- ⇒ Vous ne devez pas fournir de DMA.
- ⇒ Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.

**Pas besoin de visite médicale
SAUF si obligation écho cardiaque,
ECG, test d'effort ou bilan
ophtalmologique**

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

- ⇒ Vous devez fournir un DMA à la commission médicale de votre district ou de votre ligue. Suivez les indications des examens du DMA.
Consultez un médecin : présentez-lui ce questionnaire renseigné ainsi que le DMA pour qu'il y porte sa conclusion quant à l'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.
- ⇒ Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.



*** Champs obligatoires en vert, à ne pas oublier de compléter**