



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 MÉDICAL INCOMPLÈTEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNÉ À L'EXPÉDITEUR.

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 de jouer. 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

remplir aussi cette colonne

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 ressenti pendant ou après un effort un(e) ?
• malaise/perte 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 :

Ne pas oublier

Ne pas oublier



EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

3

Nom : Prénom : Saison :

EXAMEN MEDICAL

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX	
ALLERGIE(S)	
DATE VACCINATION ANTITÉTANIQUE	Calendrier des rappels de vaccination : 11-13 ans, 25 ans, 45 ans, 65 ans...
TRAITEMENT(S) EN COURS	

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

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

EXAMEN SOMATIQUE

APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE

EXAMEN RESPIRATOIRE	
---------------------	--

PRESSION ARTÉRIELLE	Bras gauche : ne pas oublier cette ligne	Bras droit :
---------------------	--	--------------------

FACTEUR DE RISQUE	Lié à l'âge	Hors âge						TOTAL
	> à 50 ans	Antécédents familiaux	HTA	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC > 30	

EXAMEN CARDIOLOGIQUE	Facteur de risque hors âge	Âge	Examen à effectuer (Homme et Femme) selon la périodicité suivante (*)				
	-	Jusqu'à 34 ans inclus	Uniquement lors de la 1 ^{re} licence	Moins de 18 ans : ECG de repos et dès 18 ans compléter avec Échographie cardiaque			
	0 ou 1	dès 35 à 50 ans inclus	Tous les 5 ans	si l'épreuve d'effort n'a pas pu être faite noter, la date du rendez vous et le nom du cardiologue			
		dès 51 ans +	Tous les ans	ECG de repos			
	2 ou +	dès 35 ans à +	Tous les 5 ans (protocole minimum)	Épreuve d'effort à visée cardiologique			

(*) en dehors de tout signe fonctionnel ou d'examen nécessitant un avis cardiologique et/ou des examens supplémentaires

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			☐ lunettes
	ŒIL GAUCHE			☐ 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 :

lignes le plus souvent pas ou mal remplies: les facteurs de risque, la tension des deux bras, l'acuité visuelle, la signature du médecin, l'interprétation manuelle de l'ECG