



EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

1

Dossier à adresser, sous pli confidentiel

à MERULLA Vincent – 4 Rue des Vergers – 57420 SOLGNE

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

NOUVEAUTÉS
2021

SECRET MEDICAL

SAISON : 2021 / 2022

DISTRICT : MOSELLAN

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Profession : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
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

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/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								
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	Surpoids	Obésité				
Poids : (kg/g)		18,5 à 25	25 à 30	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 :		Bras droit :				
FACTEUR DE RISQUE	Lié à l'âge > à 50 ans ☐	Hors âge						TOTAL
		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 ^{ère} licence Moins de 18 ans : ECG de repos et dès 18 ans compléter avec Échographie cardiaque À partir de 18 ans : ECG de repos + Échographie cardiaque					
	0 ou 1	dès 35 à 50 ans inclus	Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique					
		dès 51 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique					
	2 ou +	dès 35 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans (protocole minimum) : Épreuve d'effort à visée cardiologique ● Selon avis médecin ou cardiologue : La fréquence peut être modifiée et d'autres examens demandés					
(*) 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 :