



# 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 :

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 :

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 : .....<br>(Poids / Taille <sup>2</sup> )                                | Normal                                            | Surpoids                                                                                                                                                                                                         | Obésité                                                                                                                                               |                                   |                                            |                                              |
| Poids : ..... (kg/g)                                                                                                    |                                                                              | 18,5 à 25                                         | 25 à 30                                                                                                                                                                                                          | modérée<br>30 à 35                                                                                                                                    | sévère<br>35 à 40                 | morbide<br>Plus de 40                      |                                              |
| EXAMEN SOMATIQUE                                                                                                        |                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
|                                                                                                                         |                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
| APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle                                                                  |                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
|                                                                                                                         |                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
| APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE                                                                                            |                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
| EXAMEN RESPIRATOIRE                                                                                                     |                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
| PRESSIION ARTÉRIELLE                                                                                                    | Bras gauche :                                                                |                                                   |                                                                                                                                                                                                                  | Bras droit :                                                                                                                                          |                                   |                                            |                                              |
| FACTEUR DE RISQUE                                                                                                       | Lié à l'âge                                                                  | Hors âge                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                   |                                            | TOTAL                                        |
|                                                                                                                         | > à 50 ans<br><input type="checkbox"/>                                       | Antécédents familiaux<br><input type="checkbox"/> | HTA<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                  | Diabète<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                   | Tabac<br><input type="checkbox"/> | Hyperlipidémie<br><input type="checkbox"/> | Obésité IMC > 30<br><input type="checkbox"/> |
| EXAMEN<br>CARDIOLOGIQUE                                                                                                 | Facteur de risque<br>hors âge                                                | Âge                                               | Examen à effectuer (Homme et Femme) selon la périodicité suivante (*)                                                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
|                                                                                                                         | -                                                                            | Jusqu'à 34 ans inclus                             | Uniquement<br>lors de la<br>1 <sup>ère</sup> licence                                                                                                                                                             | Moins de 18 ans : ECG de repos et <b>dès 18 ans</b> compléter avec Échographie cardiaque<br>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<br>Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                                   |                                            |                                              |
|                                                                                                                         | 2 ou +                                                                       | dès 35 ans à +                                    | Tous les ans : ECG de repos<br>Tous les 5 ans (protocole minimum) : Épreuve d'effort à visée cardiologique<br>• 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<br>incompatible avec la pratique du<br>football<br>(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 :