

	<b>DOSSIER MEDICAL ARBITRE</b> <b>SECRET MEDICAL</b>
---	---

Saison :	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Profession :	
Adresse :	
Téléphone(s) :	
Mail :	
N° de licence dernière saison :	
Niveau d'arbitrage :	

Après étude du dossier médical de l'arbitre cité ci-dessus et des conclusions de l'examen du médecin examinateur, la Commission Médicale donne un avis :

Favorable                      Défavorable

La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat :

de la Ligue Régionale
du HNO

pour le suivi de la délivrance de la licence arbitre.

La Commission Médicale décide que le dossier ne peut être validé pour raison :

Administrative (motif ci-dessous) :

--

Médicale (motif envoyé par courrier explicatif à l'arbitre)

Date :

Signature et cachet :

**QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VISITE MEDICALE A REMPLIR ET SIGNER  
PAR L'ARBITRE**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL DECLARATIF ET CONFIDENTIEL**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

	Oui	Non
<b>Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure ?</b>		
Si oui, avez-vous fait l'objet pour raison médicale d'une restriction d'une contre-indication		
<b>Avez-vous déjà été opéré ?</b>		
Si oui, précisez		
<b>Avez-vous déjà été hospitalisé pour un traumatisme crânien, une perte de connaissance ou de l'épilepsie ?</b>		
Si oui, précisez		
<b>Avez-vous des troubles de :</b>		
- La vue		
si oui, portez-vous des corrections ?		
- De l'audition		
- De l'équilibre ou de type vertiges		
<b>Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :</b>		
- Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50 ans ?		
- Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ?		
<b>Avez-vous déjà ressenti pendant ou juste au décours d'un effort :</b>		
- Un malaise avec ou sans perte de connaissance		
- Une douleur thoracique		
- Des palpitations (battements irréguliers)		
- Une fatigue ou un essoufflement inhabituel		
<b>Etes-vous suivi (ou traité) pour :</b>		
- Une maladie du cœur		
- Une hypertension artérielle		
- Un diabète		
- Le cholestérol		
<b>Fumez-Vous ?</b>		
Vous arrive-t-il de consommer des stupéfiants		
<b>Avez-vous des allergies</b>		
- Respiratoires		
- Cutanées		
- Médicamenteuses		

	Oui	Non
<b>Etes-vous asthmatique ?</b>		
<b>Avez-vous déjà eu :</b>		
- Un électrocardiogramme		
- Un échocardiogramme		
- Une épreuve d'effort		
A quand remonte votre dernier bilan sanguin (le joindre si possible) ?		
Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation ?		
<b>Prenez-vous des traitements actuellement ?</b>		
Si oui, précisez lesquels :		
<b>Pour les femmes</b> : prenez-vous des oestroprogestatifs ?		
<b>Etes-vous suivi pour un autre problème :</b>		
- Médical :		
Si oui, précisez :		
- Ostéo-articulaire :		
Si oui, précisez :		
<b>Avez-vous eu les vaccinations suivantes :</b>		
- Tétanos		
- Hépatite		
- Polio		
<b>Pratiquez-vous d'autres sports</b>		
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?		

#### Pour les arbitres mineurs

Je soussigné(e) (parent ou tuteur\*) déclare autoriser :  
 NOM Prénom à être candidat à la qualification d'arbitre.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des « 10 règles d'or » édictées par le club des Cardiologues du Sport.

\* Rayer la mention inutile

#### Pour les arbitres majeurs

Je soussigné(e) NOM Prénom déclare être candidat à la qualification d'arbitre.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des « 10 règles d'or » édictées par le club des Cardiologues du Sport.

NOM

Signature

Date

Carnet de santé présenté :

**Antécédents :**

Maladies :	
Traitements :	
Traumatismes :	
Périodes d'arrêt :	

**Examen morphostatique :**

Taille (m) :					
Poids (kg) :					
IMC (p/t <sup>2</sup> ) :	Normal 18,5 à 25	Surpoids 25 à 30	Obésité modérée 30 à 35	Obésité sévère 35 à 40	Obésité morbide > 40

 Acuité visuelle : Œil gauche Œil droit

Sans correction		
Avec correction		
Mode de correction éventuel*		

\* lunettes, lentilles

<b>Etat dentaire et ORL :</b>	
<b>Bilan Psychologique :</b>	
<b>Appareil locomoteur et rachidien :</b>	
Rachis : Signes Fonctionnels	
Cyphose :	
Scoliose :	
DDS :	
Lasègue :	
Etat musculaire membres supérieurs :	
Etat musculaire membres inférieurs :	
Etat Tendineux :	
Signes fonctionnels ostéo-articulaires :	
<b>Appareil respiratoire :</b>	
Signes fonctionnels :	
Auscultation :	
Asthme :	
<b>Appareil cardiovasculaire :</b>	
Signes fonctionnels :	
Auscultation :	
Souffle cardiaque (position couchée et debout) :	
Palpation des fémorales :	
Pression artérielle bras gauche :	
Pression artérielle bras droit :	

Oui      Non

<b>Facteur de risque hors âge :</b>		
HTA :		
Diabète :		
Tabac :		
Hyperlipidémie :		
Obésité :		
Antécédents familiaux d'évènements cardio-vasculaire précoce (50 ans chez l'homme / 60 ans chez la femme) :		

**Electrocardiogramme (ECG) :**

Joindre le tracé et son interprétation **ET/OU UN COMPTE RENDU DE BILAN CARDIOLOGIQUE EFFECTUE CHEZ UN CARDIOLOGUE OU DANS UN PLATEAU TECHNIQUE DE MEDECINE DU SPORT.**

Je soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_ Certifie avoir examiné Mme  
ou M. \_\_\_\_\_, arbitre de BasketBall, et constaté  
qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage.

Date de l'examen :

Signature et cachet :

## LES 10 RÈGLES D'OR

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

<http://www.clubcardiosport.com/regles-d'or/affiche.jpg>

- 1/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 minutes lors de mes activités sportives
- 2/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 3/ J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5°C ou supérieures à 30°C
- 4/ Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 5/ Je ne consomme pas de drogue ou de substances dopantes et ne prends pas de médicaments sans avis médical
- 6/ Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 7/ Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes
- 8/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort
- 9/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 10/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort