



## DOSSIER MEDICAL ARBITRE SECRET MEDICAL

Saison :	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Profession :	
Adresse :	
Téléphone(s) :	
Courriel :	
N° licence dernière saison :	
Niveau demandé :	

***Avis de la Commission Médicale :***

Favorable

Défavorable

Vu le dossier de l'arbitre cité ci-dessus et les conclusions de l'examen du docteur

La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat

pour 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 :

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	

**Oui Non**

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure		
Si oui, laquelle		
Avez-vous déjà été opéré (précisez)		
Avez-vous déjà été hospitalisé pour un traumatisme crânien		
Epilepsie, perte de connaissance		
Avez-vous des troubles de la vue		
Si oui, portez vous des corrections : 1) Lentilles 2) Lunettes	1	2
Avez-vous eu des troubles de l'audition		
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre		
Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :		
Accident ou malaide cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50 ans		
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)		
Avez-vous déjà ressenti pendant un effort les symptômes suivants :		
Malaise ou perte de connaissance		
Douleur thoracique		
Palpitations (cœur irrégulier)		
Fatigue ou essoufflement inhabituel		
Présentez vous :		
Une maladie cardiaque		
Une hypertension artérielle		
Un diabète		
Un taux de cholestérol élevé		
Avez-vous suivi un traitement ces deux dernières années		
Une infection sérieuse dans le mois précédent		
Avez-vous déjà eu :		
Un électrocardiogramme		
Un échocardiogramme		
Une épreuve d'effort		
Avez-vous déjà eu :		
Des troubles de la coagulation		
A quand remonte votre dernier bilan sanguin (le joindre si possible)		
Fumez-vous		
Si oui, combien par jour		
Depuis combien de temps		
Avez-vous des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme)		
Avez-vous des allergies cutanées		
Avez-vous des allergies à des médicaments		
Si oui, lesquels		

**Oui Non**

Prenez-vous des traitements pour l'allergie		
Si oui, lesquels		
Prenez-vous des traitements pour l'asthme		
Si oui, lesquels		
Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites		
Vos dents sont-elles en bon état		
Avez-vous déjà eu des problèmes vertébraux		
Avez-vous une anomalie radiologique		
Avez-vous déjà eu : (précisez le siège et quand)		
Une luxation articulaire		
Une ou des fractures		
Une rupture tendineuse		
Des tendinites chroniques		
Des lésions musculaires		
Des entorses graves		
Prenez-vous des médicaments actuellement		
Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement non cités précédemment		
Avez-vous une maladie non citée ci-dessus		
Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos, Polio, Hépatite		
Autre précisez		

Si vous avez un carnet international de vaccination merci de l'apporter

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES**

**Oui Non**

A quel âge avez-vous été réglée		
Avez-vous un cycle régulier		
Avez-vous des périodes d'aménorrhée		
Combien de grossesses avez-vous eu		
Prenez-vous un traitement hormonal		
Prenez-vous une contraception orale		
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers		
Suivez-vous un régime alimentaire		
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue		
Dans votre famille, y a-t'il des cas d'ostéoporose		
Avez-vous une infection endocrinienne		
Si oui, laquelle		
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine		

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) déclare être candidat à la qualification d'arbitre.  
Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.  
J'atteste avoir reçu et pris connaissance des " 10 règles d'or " édictées par le club des Cardiologues du Sport.

Date :  
Nom :

Signature :

Carnet de santé présenté :

**Antécédents :**

Maladies :	
Traitements :	
Traumatismes :	
Périodes d'arrêt :	

**Examen morphostatique :**

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

**Acuité visuelle :**

Œil gauche   Œil droit

Sans correction		
Avec correction		
Mode de correction éventuel*		

\*Lunettes, lentilles.

État dentaire et ORL :	
Bilan psychologique :	
Appareil locomoteur et rachidien :	
Rachis : Signes fonctionnels	
Cyphose :	
Scoliose :	
Lordose :	
DDS :	
Lasègue :	
En pro cubitus distance talon-fesse :	
Etat musculaire membres supérieurs :	
Etat musculaire membres inférieurs :	
Musculaire :	
État tendineux :	
Signes fonctionnels ostéo-articulaires :	
Appareil respiratoire :	
Signes fonctionnels :	
Auscultation :	
Asthme :	
Appareil cardiovasculaire :	
Signes fonctionnels :	
Auscultation :	
Souffle cardiaque (position couchée et debout) :	
Palpation des fémorales :	
Pression artérielle bras gauche :	
Pression artérielle bras droit :	

**Oui      Non**

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

**ÉLECTROCARDIOGRAMME (ECG) :**

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

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné \_\_\_\_\_  
Mme ou Mr \_\_\_\_\_, 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.