



**DOSSIER MEDICAL ARBITRE
SECRET MEDICAL**

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

Avis de la Commission Médicale :

Favorable

Défavorable

Vu dossier de l'arbitre cité ci-dessus et les conclusions de l'examen du docteur
La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat

| |
|-----------------------|
| de la Ligue Régionale |
|-----------------------|

| |
|--------|
| du HNO |
|--------|

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 :

**QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VISITE MEDICALE A REMPLIR ET SIGNER
PAR LE SPORTIF**

QUESTIONNAIRE MEDICAL DECLARATIF ET CONFIDENTIEL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

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

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Etes-vous asthmatique ? | | |
| Avez-vous déjà eu : | | |
| - 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 ? | | |
| Prenez-vous des traitements actuellement ? | | |
| Si oui, précisez lesquels : | | |
| Pour les femmes : prenez-vous des oestroprogestatifs ? | | |
| Etes-vous suivi pour un autre problème : | | |
| - Médical : | | |
| Si oui, précisez : | | |
| - Ostéo-articulaire : | | |
| Si oui, précisez : | | |
| Avez-vous eu les vaccinations suivantes : | | |
| - Tétanos | | |
| - Hépatite | | |
| - Polio | | |
| Pratiquez-vous d'autres sports | | |
| 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 portés ci-dessus.

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

Nom :

Date :

Signature

Carnet de santé présenté :

Antécédents :

| | |
|--------------------|--|
| Maladies : | |
| Traitements : | |
| Traumatismes : | |
| Périodes d'arrêt : | |

Examen morphostatique :

| | | | | | |
|---------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Taille (m) : | | | | | |
| Poids (kg) : | | | | | |
| IMC (p/t ²) : | 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

| | |
|--|--|
| Etat dentaire et ORL : | |
| Bilan Psychologique : | |
| Appareil locomoteur et rachidien : | |
| Rachis : Signes Fonctionnels | |
| Cyphose : | |
| Scoliose : | |
| DDS : | |
| Lasègue : | |
| Etat musculaire membres supérieurs : | |
| Etat musculaire membres inférieurs : | |
| Etat 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) : | | |

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