EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE LIGUE. SAISON 2018

Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la ligue à l'attention de la Commission Régionale Médicale.
TOUT DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNE A L'EXPEDITEUR

SECRET MEDICAL

SAISON : **LIGUE :**

Nom : …… Prénom :……

Date de naissance : ……. /……/…… (JJ /MM /AAAA) Profession :……

Adresse :…….

Téléphone :…… Courriel :……...

PREAMBULE

L'examen médical préalable à la pratique de l'arbitrage en ligue, effectué de préférence par un médecin fédéral ou un médecin titulaire d'un médecin de médecine du sport, est destiné à définir de contre-indication d'ordre médical et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

- La Commission Médicale Régionale 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 Régionale enregistre l'avis du médecin examinateur et valide l'autorisation d'arbitrer. 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 REGIONALE MEDICALE

Partie strictement à la CRM

Ayant pris connaissance du dossier de l'arbitre cité ci-dessus et des conclusions de l'examen du docteur……

☐ **La Commission Régionale Médicale transmet le dossier au secrétariat de la ligue pour la délivrance de la licence arbitre.**

☐ **La commission Régionale Médicale décide quel le dossier ne peut être validé pour la raison :**

☐ Administrative. Motif :……...
☐ Médicale. Motif :……...

Date : **Signature et cachet :**

Nom :…… Prénom……..
Date de naissance : ……../……/……(JJ/MM/AAAA)
Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :…….....

⇨ QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

A Remplir par l'arbitre préalablement à l'examen médical

Avez-vous déjà été hospitalisé?	☐ oui	☐ Non	*précisez:* ……		
Avez-vous été opéré?	☐ oui	☐ Non	*précisez:* ……		
Avez vous des troubles de vue?	☐ oui	☐ Non	Si oui,	Portez vous des :	☐ Lunettes ☐ Lentilles
Souffrez vous de diplopie (vision dédoublée par instant?	☐ oui	☐ Non			
Avez-vous eu une intrvention chirugicale réfractive?	☐ oui	☐ Non			
Avez-vous intérrompu pour raison mediaceles votre activité d'arbitre durant la derniere saison?	☐ oui	☐ Non	*précisez:* ……		

Avez-vous connaissance dans votre famille et suvenue 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/perte de connaissance**	☐ oui	☐ Non	* Palpitaions (cœur irrégulier)	☐ oui	☐ Non
*** douleur thoracique**	☐ oui	☐ Non	* fatigue/essouflement inhabituel	☐ oui	☐ Non
Avez-vous un(e)?					
☐ Maladie cardiaque		☐ souffle cardiaque			
☐ Maladie des vaisseaux		☐ trouble du rythme connu			
☐ été opéré du cœur/des vaisseaux		☐ hypertension artérielle			
☐ diabété	☐ ne sais pas				
☐ cholesterol élevé	☐ ne sais pas				

Avez-vous déjà eu un(e)?				
☐ électrocardiogramme	☐ oui	☐ Non		*Date et résultats:* ……
☐ échocardiologramme	☐ oui	☐ Non		*Date et résultats:* ……
☐ épreuve d'effort maxiamal	☐ oui	☐ Non		*Date et résultats:* ……
Fumez-vous? ……	☐ oui	☐ Non		*Nombre de fois par jour?*
Avez-vous des allergies?	☐ oui	☐ Non		
Prenez-vous un traitement régulierement?	☐ oui	☐ Non		
Vos dents sont-elles en bon état?	☐ oui	☐ Non		
Avez-vous eu des problèmes verbaux ou ostéoarticulaires?	☐ oui	☐ Non		
Date de vaccination contre tétanos? ……				

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,…….. Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci- dessus.

Date : **Signature :**

Nom :…….. Prénom :…….

EXAMEN MEDICAL

ANTECEDENTS DECLARES		
MEDICAUX ET CHIRURGICAUX		
ALLERGIE(S)		
DATE VACCINATION ANTITETANIQUE		(Le dernier rappel de vaccination doit dater de moins de 10 ans)
TRAITEMENT(S) EN COURS		

EXAMEN MORPHOSTATIQUE						
Taille :……..(m/cm) Poids :……..(kg/g)	IMC :……	IMC= Poids/Taille²				
		Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
		18.5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

EXAMEN SOMATIQUE

APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle								
AUSCULTATION RESPIRATOIRE								
EXAMEN CARDIOVASCULAIRE	Pression artérielle	Bras gauche :				Bras droit :		
	Facteur de risque âge> à 50 ans	FACTEUR DE RISQUE HORS AGE						
	☐ Oui ☐ Non	Antécédents familiaux	HTA	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC>30	**TOTAL**

L'ECG EST OBLIGATOIRE.

Joindre le tracé et son interprétation médicale *(L'INTERPRÉTATION AUTOMATIQUE N'EST PAS VALABLE)*

		Nombre facteurs de risque hors âge	Période	A effectuer
ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)	Homme	-	Jusqu'à 35 ans	ECG de base au premier examen
		= 0 ou 1	De 35 à 50 ans	ECG tous les 5 ans
			De 51 ans à +	ECG+ épreuve d'effort tous les 2 ans
		= 2 ou +	De 35 à 49 ans	ECG+ épreuve d'effort à visée cardiologique tous les 2 ans
			De 50 ans à +	ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les ans
	Femme	-	-	ECG de base au premier examen

ACUITE VISUELLE

A ne pas effectuer si l'année est commune avec l'examen ophtalmologique complet obligatoire voir page 4

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 ☐ lentilles
Œil gauche			

CONCLUSION

Je soussigné(e),…… docteur en médecine à ……..…….certifie avoir examiné Mme, 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 :**

EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE LIGUE. SAISON 2018

4

Nom :…….. Prénom :……

POUR ARBITRER EN LIGUE

L'examen ophtalmologique (5 items), pratiqué par un médecin ophtalmologue est **OBLIGATOIRE :**

- **La première année de l'arbitrage**
- **Tous les 4 ans : à partir de 35 ans**

Entre ces examens, toute survenue d'un événement ophtalmique d'ordre médical, chirurgical ou traumatique devra être signalée à la Commission Régional Médicale.

L'examen de l'acuité visuelle, pratiqué par le médecin effectuant votre examen médical page 3 , est **ANNUEL**.

Au vu des résultats qui seront transmis, la Commission Régional Médical se réserve le droit de demander des examens complémentaires auprès des spécialistes concernés.

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

- **La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique du football (article 44 ter des règlements généraux.**
- **La diplopie est une contre-indication absolue.**
- **La pratique de l'arbitrage est interdite dans les 3 mois après une chirurgie réfractive en raison de l'aggravement de la sensibilité à l'éblouissement.**

1	**CHAMPS VISUEL (au Goldman)**
Œil droit normal	☐ **Oui** ☐ **Non** ***Précisez :……..***
Œil gauche normal	☐ **Oui** ☐ **Non** ***Précisez :……..***

2	**MOBILITE OCULAIRE**
Normal……..	☐ **Oui** ☐ **Non** ***Précisez :……..***

3	**VISION DES COULEURS 'au test d'Ichihara)**
Normal……..	☐ **Oui** ☐ **Non** ***Précisez :……..***

4	**SENSIBILITE A L'EBLOUISSEMENT**
Normal……..	☐ **Oui** ☐ **Non** ***Précisez :……..***

5	**ACUITE VISUELLE**			
	Sans correction	**Avec correction**	**Correction optique**	**Mode de correction éventuel**
Œil droit				☐ lunettes ☐ lentilles
Œil gauche				

Date de l'examen : **Signature et cachet :**