



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 : 2019	LIGUE : Mahoraise de Football
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.
- Médicale.

Motif :
Motif :

Date :

Signature et cachet :

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

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

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

Avez-vous déjà été hospitalisé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	précisez :		
Avez-vous été opéré?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	précisez :		
Avez vous des troubles de vue?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui,	Portez vous des :	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles
Souffrez vous de diplopie (vision dédoublée par instant)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous eu une intervention chirurgicale réfractive?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous interrompu pour raison médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	précisez :		

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenue avant l'âge de 50 ans d'un(e)?					
* accident, maladie cardiaque ou vasculaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	précisez l'âge:		
* mort subite (y compris du nourrisson)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	précisez l'âge:		
Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e)?					
* malaise/perde de connaissance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	* Palpitations (cœur irrégulier)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non
* douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	* fatigue/essoufflement inhabituel	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un(e)?					
<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque			<input type="checkbox"/> souffle cardiaque		
<input type="checkbox"/> Maladie des vaisseaux			<input type="checkbox"/> trouble du rythme connu		
<input type="checkbox"/> été opéré du cœur/des vaisseaux			<input type="checkbox"/> hypertension artérielle		
<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> ne sais pas				
<input type="checkbox"/> cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> ne sais pas				

Avez-vous déjà eu un(e)?					
<input type="checkbox"/> électrocardiogramme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	Date et résultats:		
<input type="checkbox"/> échocardiogramme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	Date et résultats:		
<input type="checkbox"/> épreuve d'effort maxiamal	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	Date et résultats:		
Fumez-vous?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non	Nombre de fois par jour?		
Avez-vous des allergies?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non			
Prenez-vous un traitement régulièrement?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non			
Vos dents sont-elles en bon état?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous eu des problèmes verbaux ou ostéoarticulaires?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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)	IMC :		IMC= Poids/Taille ²						
Poids :(kg/g)			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					
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Antécédents familiaux	HT A	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC>30
L'ECG EST OBLIGATOIRE.									
Joindre le tracé et son interprétation médicale <i>(L'INTERPRÉTATION AUTOMATIQUE N'EST PAS VALABLE)</i>									
ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)	Homme	Nombre facteurs de risque hors âge		Période		A effectuer			
		-		Jusqu'à 35 ans		ECG de base au premier examen			
		= 0 ou 1		De 35 à 50 ans		ECG tous les 5 ans			
		= 2 ou +		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				
= 2 ou +		De 50 ans à +		ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les ans					
Femme		-		-		ECG de base au premier examen			
ACUTE VISUELLE									
A ne pas effectuer si l'année est commune avec l'examen ophtalmologique complet obligatoire voir page									
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							<input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles		
Œil gauche									

CONCLUSION

Je soussigné(e), docteur en médecine àcertifie 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 :


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 , 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<i>Précisez :</i>
Œil gauche normal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<i>Précisez :</i>
2	MOBILITE OCULAIRE			
Normal.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<i>Précisez :</i>
3	VISION DES COULEURS 'au test d'Ichihara)			
Normal.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<i>Précisez :</i>
4	SENSIBILITE A L'EBLOUISSEMENT			
Normal.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<i>Précisez :</i>
5	ACUITE VISUELLE			
	Sans correction	Avec correction	Correction optique	Mode de correction éventuel
Œil droit				<input type="checkbox"/> lunettes
Œil gauche				<input type="checkbox"/> lentilles

Date de l'examen :

Signature et cachet :