



EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE LIGUE

1

Dossier à adresser, sous pli confidentiel, au siège de la ligue à l'attention de la Commission Régionale Médicale.

TOUT DOSSIER MÉDICAL INCOMPLÈTEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNÉ A L'EXPÉDITEUR.

SECRET MEDICAL

SAISON :

LIGUE :

Nom : Prénom :

Date de naissance : 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 diplôme de médecine du sport, est destiné à définir l'absence 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 réservée 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 que le dossier ne peut être validé pour raison :

administrative. Motif :

médicale. Motif : un courrier explicatif sera adressé à l'arbitre.

Date :

Signature et cachet :

Nom : Prénom : Saison :
 Date de naissance : Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'arbitre préalablement à l'examen médical

Avez-vous été hospitalisé ? oui* non * précisez :

Avez-vous été opéré ? oui* non * précisez :

Avez-vous des troubles de la vue ? oui* non * portez-vous des corrections lunettes lentilles

Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant) ? oui non

Avez-vous eu une intervention chirurgicale réfractive ? oui non

Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?
 oui* non * précisez :

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) 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/perde de connaissance oui non • palpitations (cœur irrégulier) oui non
 • douleur thoracique oui non • fatigue/essoufflement inhabituel oui non

Avez-vous un(e) ?
 • maladie cardiaque oui non • souffle cardiaque oui non
 • maladie des vaisseaux oui non • trouble du rythme connu oui non
 • été opéré du cœur/des vaisseaux oui non • hypertension artérielle oui non
 • diabète oui non ne sait pas
 • cholestérol élevé oui non ne sait pas

Avez-vous déjà eu un(e) ?
 • électrocardiogramme oui* non * date et résultats :
 • échocardiogramme oui* non * date et résultats :
 • épreuve d'effort maximal oui* non * date et résultats :

Fumez-vous ? oui* non * nombre par jour ?
 * depuis quand ?

Avez-vous des allergies ? oui* non * précisez :

Prenez-vous un traitement régulièrement ? oui* non * précisez :

Vos dents sont-elles en bon état ? oui non

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? oui* non * précisez :

Date de vaccination contre le tétanos?

Je soussigné(e), M..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :

Nom : Prénom : Saison :

EXAMEN MEDICAL

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS							
MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX							
ALLERGIE(S)							
DATE VACCINATION ANTITÉTANIQUE		Calendrier des rappels de vaccination : 11-13 ans, 25 ans, 45 ans, 65 ans...					
TRAITEMENT(S) EN COURS							
EXAMEN MORPHOSTATIQUE							
Taille : (m/cm)	IMC : (Poids / Taille ²)	Normal	Surpoids	Obésité			
Poids : (kg/g)		18,5 à 25	25 à 30	modérée 30 à 35	sévère 35 à 40	morbide Plus de 40	
EXAMEN SOMATIQUE							
APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle							
APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE							
EXAMEN RESPIRATOIRE							
PRESSION ARTÉRIELLE		Bras gauche :			Bras droit :		
FACTEUR DE RISQUE	Lié à l'âge	Hors âge					TOTAL
	> à 50 ans <input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>	Tabac <input type="checkbox"/>	Hyperlipidémie <input type="checkbox"/>	Obésité IMC > 30 <input type="checkbox"/>
EXAMEN CARDIOLOGIQUE	Facteur de risque hors âge	Âge	Examen à effectuer (Homme et Femme) selon la périodicité suivante (*)				
	-	Jusqu'à 34 ans inclus	Uniquement lors de la 1 ^{ère} licence	Moins de 18 ans : ECG de repos et dès 18 ans compléter avec Échographie cardiaque À partir de 18 ans : ECG de repos + Échographie cardiaque			
	0 ou 1	dès 35 à 50 ans inclus	Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique				
		dès 51 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique				
	2 ou +	dès 35 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans (protocole minimum) : Épreuve d'effort à visée cardiologique ● Selon avis médecin ou cardiologue : La fréquence peut être modifiée et d'autres examens demandés				
(*) en dehors de tout signe fonctionnel ou d'examen nécessitant un avis cardiologique et/ou des examens supplémentaires							
ACUITÉ VISUELLE							
À ne pas effectuer si l'année est commune avec l'examen ophtalmologique complet obligatoire de la page 4							
La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique du football <small>(article 44 ter des règlements généraux)</small>		Sans correction		Avec correction		Mode de correction éventuel	
	ŒIL DROIT					<input type="checkbox"/> lunettes	
	ŒIL GAUCHE					<input type="checkbox"/> lentilles	

CONCLUSION

Je soussigné(e),docteur en médecine à certifie avoir examiné Mme, Melle, M., arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

- ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage de ligue.
 présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage de ligue.

préciser le motif :

Date de l'examen :

Signature et cachet :

Nom : Prénom : Saison :

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 évènement ophtalmique d'ordre médical, chirurgical ou traumatique devra être signalée à la Commission Régionale 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 Régionale Médicale 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 relative.
- La pratique de l'arbitrage est interdite dans les 3 mois après une chirurgie réfractive en raison de l'aggravation de la sensibilité à l'éblouissement.

1	CHAMP VISUEL			
Œil droit normal	<input type="checkbox"/> bui	<input type="checkbox"/> hon*	* précisez :	
Œil gauche normal	<input type="checkbox"/> bui	<input type="checkbox"/> hon*	* précisez :	
2	MOBILITÉ OCULAIRE			
Normal	<input type="checkbox"/> bui	<input type="checkbox"/> hon*	* précisez :	
3	VISION DES COULEURS (au test d'Ishihara)			
Normal	<input type="checkbox"/> bui	<input type="checkbox"/> hon*	* précisez :	
4	SENSIBILITÉ À L'ÉBLOUISSEMENT			
Normal	<input type="checkbox"/> bui	<input type="checkbox"/> hon*	* précisez :	
5	ACUITÉ 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 :