

	DOSSIER MEDICAL ARBITRE SECRET MEDICAL
---	---

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

Après étude du dossier médical de l'arbitre cité ci-dessus et des conclusions de l'examen du médecin examinateur, la Commission Médicale donne un avis :

Favorable Défavorable

La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat :

de la Ligue Régionale
du HNO

pour le suivi de la 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 L'ARBITRE**

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 ?		

Pour les arbitres mineurs

Je soussigné(e) (parent ou tuteur*) déclare autoriser :
 NOM Prénom à être candidat à la qualification d'arbitre.

Je 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.

* *Rayer la mention inutile*

Pour les arbitres majeurs

Je soussigné(e) NOM Prénom déclare être candidat à la qualification d'arbitre.

Je 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

Signature

Date

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.**



CONCLUSION

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