



**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 |
|--|-----|-----|
| <b>Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure ?</b>  |     |     |
| Si oui, avez-vous fait l'objet pour raison médicale d'une restriction<br>d'une contre-indication                     |     |     |
| <b>Avez-vous déjà été opéré ?</b>  |     |     |
| Si oui, précisez   |     |     |
| <b>Avez-vous déjà été hospitalisé pour un traumatisme crânien, une perte de<br/>connaissance ou de l'épilepsie ?</b> |     |     |
| Si oui, précisez   |     |     |
| <b>Avez-vous des troubles de :</b>   |     |     |
| - La vue   |     |     |
| si oui, portez-vous des corrections ?  |     |     |
| - De l'audition  |     |     |
| - De l'équilibre ou de type vertiges   |     |     |
| <b>Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :</b>  |     |     |
| - Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50<br>ans ?                                     |     |     |
| - Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ?  |     |     |
| <b>Avez-vous déjà ressenti pendant ou juste au décours d'un effort :</b>   |     |     |
| - Un malaise avec ou sans perte de connaissance  |     |     |
| - Une douleur thoracique   |     |     |
| - Des palpitations (battements irréguliers)  |     |     |
| - Une fatigue ou un essoufflement inhabituel   |     |     |
| <b>Etes-vous suivi (ou traité) pour :</b>  |     |     |
| - Une maladie du cœur  |     |     |
| - Une hypertension artérielle  |     |     |
| - Un diabète   |     |     |
| - Le cholestérol   |     |     |
| <b>Fumez-Vous ?</b>  |     |     |
| Vous arrive-t-il de consommer des stupéfiants  |     |     |
| <b>Avez-vous des allergies</b>   |     |     |
| - Respiratoires  |     |     |
| - Cutanées   |     |     |
| - Médicamenteuses  |     |     |

|  | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| <b>Etes-vous asthmatique ?</b>   |     |     |
| <b>Avez-vous déjà eu :</b>   |     |     |
| - 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 ?                     |     |     |
| <b>Prenez-vous des traitements actuellement ?</b>                      |     |     |
| Si oui, précisez lesquels :  |     |     |
| <b>Pour les femmes</b> : prenez-vous des oestroprogestatifs ?          |     |     |
| <b>Etes-vous suivi pour un autre problème :</b>                        |     |     |
| - Médical :  |     |     |
| Si oui, précisez :   |     |     |
| - Ostéo-articulaire :  |     |     |
| Si oui, précisez :   |     |     |
| <b>Avez-vous eu les vaccinations suivantes :</b>                       |     |     |
| - Tétanos  |     |     |
| - Hépatite   |     |     |
| - Polio  |     |     |
| <b>Pratiquez-vous d'autres sports</b>                                  |     |     |
| 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 <sup>2</sup> ) : | Normal<br>18,5 à 25 | Surpoids<br>25 à 30 | Obésité modérée<br>30 à 35 | Obésité sévère<br>35 à 40 | Obésité morbide<br>> 40 |

 Acuité visuelle : Œil gauche Œil droit

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| Sans correction              |  |  |
| Avec correction              |  |  |
| Mode de correction éventuel* |  |  |

\* lunettes, lentilles

|  |  |
|--|--|
| <b>Etat dentaire et ORL :</b>                    |  |
| <b>Bilan Psychologique :</b>                     |  |
| <b>Appareil locomoteur et rachidien :</b>        |  |
| Rachis : Signes Fonctionnels                     |  |
| Cyphose :  |  |
| Scoliose :                                       |  |
| DDS :  |  |
| Lasègue :  |  |
| Etat musculaire membres supérieurs :             |  |
| Etat musculaire membres inférieurs :             |  |
| Etat Tendineux :                                 |  |
| Signes fonctionnels ostéo-articulaires :         |  |
| <b>Appareil respiratoire :</b>                   |  |
| Signes fonctionnels :                            |  |
| Auscultation :                                   |  |
| Asthme :   |  |
| <b>Appareil cardiovasculaire :</b>               |  |
| Signes fonctionnels :                            |  |
| Auscultation :                                   |  |
| Souffle cardiaque (position couchée et debout) : |  |
| Palpation des fémorales :                        |  |
| Pression artérielle bras gauche :                |  |
| Pression artérielle bras droit :                 |  |

Oui      Non

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Facteur de risque hors âge :</b>   |  |  |
| 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