



# 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 :



# EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE LIGUE

2

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/perte 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 :



# EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE LIGUE

3

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

## EXAMEN MEDICAL

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS								
MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX								
ALLERGIE(S)								
DATE VACCINATION ANTITÉTANIQUE		Le dernier rappel de vaccination : 11-13 ans, 25 ans, 45 ans, 65 ans....						
TRAITEMENT(S) EN COURS								
EXAMEN MORPHOSTATIQUE								
Taille : ..... (m/cm)	IMC : .....	IMC= Poids / Taille <sup>2</sup>						
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								
APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE								
AUSCULTATION RESPIRATOIRE								
EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE	Pression artérielle	bras gauche :		bras droit :				
	Facteur de risque âge > à 50 ans	Facteurs de risque hors âge						
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Antécédents familiaux	HTA	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC > 30	TOTAL
ÉLECTRO-CARDIOGRAMME (ECG)	<b>L'ECG est OBLIGATOIRE. Joindre le tracé et son interprétation médicale (l'interprétation automatique n'est pas valable)</b>							
		Nombre facteurs de risque hors âge	Période	À effectuer				
	Homme	-	Jusqu'à 35 ans		ECG de base au premier examen			
		=	de 35 à 50 ans		ECG standard tous les 5 ans			
		0 ou 1	de 51 ans à +		ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les 2 ans			
Femme	=	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				
	-	-		ECG de base au premier examen				
ACUITÉ VISUELLE								
À ne pas effectuer si l'année est commune avec l'examen ophtalmologique complet obligatoire (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				<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.

<b>1</b>	<b>CHAMP VISUEL</b>			
Œil droit normal	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non*	* précisez : .....	
Œil gauche normal	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non*	* précisez : .....	
<b>2</b>	<b>MOBILITÉ OCULAIRE</b>			
Normal .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non*	* précisez : .....	
<b>3</b>	<b>VISION DES COULEURS (au test d'Ishihara)</b>			
Normal .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non*	* précisez : .....	
<b>4</b>	<b>SENSIBILITÉ À L'ÉBLOUISSEMENT</b>			
Normal .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non*	* précisez : .....	
<b>5</b>	<b>ACUITÉ VISUELLE</b>			
	<b>Sans correction</b>	<b>Avec correction</b>	<b>Correction optique</b>	<b>Mode de correction éventuel</b>
Œil droit				<input type="checkbox"/> lunettes
Œil gauche				<input type="checkbox"/> lentilles

Date de l'examen :

Signature et cachet :