



DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : /__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: F:

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

Arbitre :

- FIFA
- CAF
- FAF
- Inter-Région
- Régionale
- Wilaya
- Autres :

Date ou l'année d'obtention du grade :

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES

| Général | Non | Oui, dans les 4 dernières semaines | | | Oui, il y a plus de 4 semaines | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Symptômes de la grippe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Infections (surtout virales) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Coups de chaleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Commotion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Allergie nourriture/insectes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Allergie médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Cœur et poumon | Non | Dans les 4 dernières semaines au repos / pendant après l'effort | | | Il y a plus de 4 semaines au repos / pendant après l'effort | | |
| Douleur ou oppression thoracique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essoufflement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffle court | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronchite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palpitations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arythmie cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Syncopes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Non | Oui, dans les 4 dernières semaines | | | Oui, il y a plus de 4 semaines | | |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Souffle au cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Profil lipidique anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Crises, épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Conseillé d'arrêter le sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Fatigué plus vite que coéquipiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Diarrhées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |

ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

| | non | père | mère | frère/sœur | autre |
|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mort subite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mort subite (infantile) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Maladie coronarienne | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Cardiomyopathie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Syncope à répétition | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Arythmie cardiaque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Transplantation cardiaque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pacemaker/Défibrillateur | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Syndrome de Marfan | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Noyade inexplicée | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Accident de voiture inexplicé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AVC | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Cancer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres (arthrite, etc.) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

| | non | oui |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anti-inflammatoires non stéroïdiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments contre l'asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicament contre l'hypertension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypolipidémiant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidiabétique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotrope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /___/___/___/ cm Poids: /___/___/___/ kg BMI : /___//___/,/___/___/

Glande thyroïde : normal anormal

Nœud lymphatique/rate normal anormal

Acuité visuelle : OD : /___/___/ OG : /___/___/

ORL : Surdité : Non Oui

Examen bucco-dentaire

Nombre de dents cariées: /___/___/

Nombre de dents absentes: /___/___/

Hygiène bucco-dentaire : Bonne Insuffisante

Poumons :

Auscultation normale anormale

Percussion normale anormale

Si Anormal,

Précisez :

Abdomen

Palpation normale anormale

Si Anormal,

Précisez :

Port d'appareil médico-chirurgical : Non Oui

Si Oui,

Précisez :

Symptômes du syndrome de Marfan : Non

Oui : précisez :

Déformation du thorax

Long bras et longues jambes

Pieds plats

Scoliose

Dislocation du cristallin

Autre _____

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son normal anormal, précisez :
 dédoublement
 paradoxal
 3^e son
 4^e son

Souffle non oui, précisez :
 Systolique - intensité /_/6
 Diastolique - intensité /_/6
 Claquements
 Changements durant la manœuvre de Valsalva
 Changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique non oui

Veine jugulaire (position à 45°) normale anormale

Reflux hépato-jugulaire non oui

Vaisseaux sanguins

Pouls périphérique palpable non palpable

Bruits vasculaires non oui

Varices non oui

Pouls après 5 minutes de repos : /_/_/_/_/_/min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : /_/_/_/_/_/ /_/_/_/_/_/ mmHg

Bras gauche /_/_/_/_/_/ /_/_/_/_/_/ mmHg

ECG 12 ELECTRODES

*** EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

* Joindre une copie au contrôle

Résumé de l'analyse de l'ECG : normal anormal

Si Anormal, précisez :

.....

ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /__/_/ __/_/_/ __/_/_/_/_/

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

.....
.....
.....

NB :

- L'EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE INITIALE EST OBLIGATOIRE QUEL QUE SOIT L'AGE DE L'ARBITRE.
- DOIT ETRE RENOUVELEE DES L'AGE DE 20 ANS

5. ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT):

Dernier Test d'Effort Effectuée le : /__/_/ __/_/_/ __/_/_/_/_/

Résumé de l'épreuve d'Effort (Joindre une copie du tracé de l'Epreuve d'Effort).

.....
.....
.....

NB : l'ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT) EST DEMANDE APRES L'AGE DE 35 ANS, RENOUVELE CHAQUE DEUX ANS.

6. AUTRES PATHOLOGIES :

Non :

Oui :

Si oui, précisez :

.....

.....

7. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) : * joindre les documents signés par le laboratoire.

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Groupage Sanguin, | 7. Cholestérol LDL, |
| 2. FNS, | 8. Cholestérol HDL, |
| 3. Sodium sanguin, | 9. Triglycérides, |
| 4. Potassium sanguin, | 10. Glycémie à jeun, |
| 5. Créatinémie, | 11. Protéine C-réactive (CRP), |
| 6. Cholestérol (total), | 12. Acide Urique. |

8. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez : _____

Autres pathologies

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2019/2020

NOM ET PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

Oui Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : /___/___/___/___/___/

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffe et Signature : _____