

DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE 2/7

DMA

A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A VOTRE COMMISSION MÉDICALE.
Tout dossier incomplètement rempli sera irrecevable et retourné à l'arbitre.

SAISON 20..... /20.....



SECRET MÉDICAL

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance :/...../.....

Profession :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

PRÉAMBULE

Le DMA (pge 2 à 5) correspond au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage. Selon les articles 69 et 76 du code de déontologie médicale, nous attirons votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport. La prise en compte des facteurs de risque est nécessaire et l'avis d'un spécialiste peut être requis. Il est préconisé que ce DMA soit effectué par un médecin fédéral du football ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, à défaut le médecin généraliste de l'arbitre peut l'établir.

La Commission Médicale de district ou de ligue de l'arbitre fait lecture de tous les éléments constituant le dossier et valide l'autorisation d'arbitrer. En cas d'avis médical défavorable de la commission médicale concernée, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, l'autorisation d'arbitrer ne sera pas délivrée.

Le Médecin Fédéral National

Partie strictement réservée à la Commission

AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE DE :

- DISTRICT**.....
 LIGUE.....

Ayant pris connaissance du dossier de l'arbitre précité et des conclusions de l'examen du Docteur :

- transmet le dossier au secrétariat du district ou de ligue pour la délivrance de la licence arbitre.**
 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 (obligatoire):

DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

3/7

SAISON 20..... /20.....

**SECRET MÉDICAL**

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

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

non oui* **Avez-vous été hospitalisé(e) ?**

* précisez :

non oui* **Avez-vous été opéré(e) ?**

* précisez

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

* précisez :

non oui* **Avez-vous des troubles de la vue ?** * précisez la correction : lunettes lentilles

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

Avez-vous connaissance dans votre famille (et survenue avant l'âge de 50 ans) d'une ?

non oui* - pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire * précisez l'âge :

non oui* - mort subite durant le sport ou non, y compris du nourrisson * précisez l'âge :

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?

- non oui - un malaise/perte de connaissance
 non oui - des palpitations (cœur irrégulier)
 non oui - une douleur thoracique
 non oui - une fatigue/un essoufflement inhabituel

Avez-vous déjà eu un(e) ?

- non oui* - électrocardiogramme * date
 non oui* - échocardiogramme * date
 non oui* - épreuve d'effort maximale * date :

Avez-vous ?

- non oui - une maladie cardiaque
 non oui - une maladie des vaisseaux
 non oui - été opéré du cœur/des vaisseaux
 non oui - un diabète
 non oui - un cholestérol élevé
 non oui - un souffle cardiaque
 non oui - un trouble du rythme connu
 non oui - une hypertension artérielle

non oui* **Fumez-vous ?** * nombre par jour ? depuis quelle date ?.....

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

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

non oui **Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ?**

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

Date de votre dernière vaccination contre le tétanos ?

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

Je soussigné(e),

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

DATE :

SIGNATURE (obligatoire):

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES

IMPORTANT : Sans votre consentement signé la commission médicale ne pourra faire lecture de votre DMA pour établir votre aptitude

Les données précitées sont uniquement destinées à la commission médicale de district, ou de ligue, qui les conserve dès l'enregistrement du dossier, et ce durant toute l'activité de l'arbitre, puis les supprime définitivement dans l'année qui suit la cessation totale de ladite activité. En conséquence, l'arbitre est invité à faire systématiquement une copie de ses dossiers et examens s'il souhaite en conserver l'historique. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent. L'arbitre peut exercer ses droits en s'adressant auprès de la commission médicale en charge de l'instruction de son dossier.

Je soussigné(e), Consens expressément à ce que mes données personnelles y compris mes données de santé figurant sur l'ensemble du DMA fassent l'objet d'un traitement par la commission médicale de district ou de ligue et ce afin de statuer sur mon aptitude médicale dans le cadre de ma demande de licence d'arbitre

DATE :

SIGNATURE (obligatoire):

DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

4/7

**SECRET MÉDICAL**

SAISON 20..... /20.....

NOM :

PRÉNOM :

EXAMEN CLINIQUE

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	
ALLERGIE(S)	
TRAITEMENT(S) EN COURS	

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : (m/cm)	IMC :	Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
Poids : (kg/g)	(Poids/ Taille ²)	18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

EXAMEN SOMATIQUE : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE : anomalie éventuelle

EXAMEN CARDIOLOGIQUE : anomalie éventuelle

Selon l'avis du médecin, du cardiologue ou présence de signes fonctionnels : la fréquence des examens peut être modifiée et d'autres exigés

Pression Artérielle	
Fréquence Cardiaque de repos	
Interprétation ECG si nécessaire (joindre le tracé)	
ÂGE	Joindre les tracés et interprétations des examens cardiologiques
Moins de 18 ans	<u>Aucun examen</u> cardiaque à effectuer
De 18 ans à +	<u>Une seule fois par carrière réaliser une Échographie cardiaque.</u> Cet examen exigé lors du 1er DMA est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA. L'Epreuve d'Effort à visée cardiologique n'est pas recommandée mais le cardiologue peut l'imposer en fonction des besoins
De 18 à 34 ans inclus	<u>Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos</u> > Cet examen exigé lors du 1er DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1er DMA
De 35 ans à +	<u>Tous les 5 ans : Bilan chez un cardiologue</u> avec analyse des facteurs de risque, lecture du bilan biologique, examen clinique, ECG de repos. Seul le cardiologue au vu des résultats prendra la décision de compléter le bilan par une Echographie cardiaque, une épreuve d'effort à visée cardiologique, une Echographie d'effort, une IRM cardiaque, un score calcique...

ACUITÉ VISUELLE *La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage*

ŒIL DROIT	Sans correction :	Avec correction :	Mode de correction éventuel : <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles
ŒIL GAUCHE	Sans correction :	Avec correction :	

☞ CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e),

Docteur en médecine à

Certifie avoir examiné(e) M, Melle, Mme,, arbitre de football, et constaté(e) qu'il (elle) :

- Présente, à ce jour, une absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.
 Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage. Préciser le motif :