



DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

1/6

**À adresser sous pli confidentiel à l'attention de votre Commission Médicale
Tout dossier incomplètement rempli sera irrecevable et retourné à l'arbitre**

SECRET MÉDICAL

SAISON :

Demande de licence d'arbitre de DISTRICT
 LIGUE

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

PRÉAMBULE

Le DMA (p.1 à 4) contient un examen clinique qui 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 :



Nom : Prénom : Saison :

QUESTIONNAIRE MEDICAL 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) ?

non oui* 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 :

non oui* Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?

non oui - un malaise/perde de connaissance

non oui - des palpitations (cœur irrégulier)

non oui - une douleur thoracique

non oui - une fatigue/un essoufflement inhabituel

non oui* Avez-vous déjà eu un(e) ?

non oui* - électrocardiogramme * date :

non oui* - échocardiogramme * date :

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

non oui* 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

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.

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.

Date : Signature (obligatoire) :



DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

3/6

Nom : Prénom : Saison :

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

.....

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

.....

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE

.....

EXAMEN CARDIOLOGIQUE

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

	Nbre facteurs de risque (hors âge)	Âge <input type="checkbox"/> > à 50 ans	Selon le protocole établi : examens à effectuer
PRESSION ARTERIELLE ↓	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux	-	Moins de 18 ans Aucun examen cardiaque à effectuer
	<input type="checkbox"/> HTA	-	de 18 ans à + Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA
	<input type="checkbox"/> Diabète	-	de 18 à 34 ans inclus Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1 ^{er} DMA.
	<input type="checkbox"/> Tabac	-	de 18 à 34 ans inclus Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1 ^{er} DMA.
	<input type="checkbox"/> Hyperlipidémie	0 ou 1	de 35 ans à + Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique
	<input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30	2 ou +	de 35 ans à + Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique (examen a minima -peut être complété)
	<input type="checkbox"/> Autres	2 ou +	de 35 ans à + Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique (examen a minima -peut être complété)

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 Melle, Mme, M., arbitre de football, et constaté 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 :

Date de l'examen :

Signature et cachet :