

DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

5/7

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

**SECRET MÉDICAL**

NOM :

PRÉNOM :

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

EXAMEN RÉSERVÉ UNIQUEMENT AUX ARBITRES DE LIGUE

Cet examen est **pratiqué par un médecin ophtalmologue**. Il est **OBLIGATOIRE** :

- la première année de l'arbitrage en ligue. Il comprend les examens du bilan initial (7 items)
- tous les 5 ans à partir de 35 ans. Il comprend les examens du bilan de renouvellement (3 items)

Entre ces visites, toute survenue d'évènement ophtalmique (*médical, chirurgical ou traumatique*) devra être signalée à votre commission médicale.

BILAN INITIAL <input type="checkbox"/>		
1 • ACUITÉ VISUELLE		
	Œil droit	Œil gauche
Sans correction		
Avec correction		
Correction optique		
Mode de correction	<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> lentilles
2 • CHAMP VISUEL (celui-ci peut être automatisé)		
Œil droit		
Œil gauche		
3 • VISION BINOCULAIRE		
Œil droit		
Œil gauche		
4 • MOBILITÉ PUPILLAIRE		
Œil droit		
Œil gauche		
5 • EXAMEN ORGANIQUE DES GLOBES OCULAIRES		
	Œil droit	Œil gauche
Segment		
Fond d'œil		
6 • TEST CHROMATIQUE ISHIHARA		
7 • ÉBLOUISSEMENT - Existe-il une sensibilité à l'éblouissement ?		

RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/>		
1 • ACUITÉ VISUELLE		
	Œil droit	Œil gauche
Sans correction		
Avec correction		
Correction optique		
Mode de correction	<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> lentilles
2 • CHAMP VISUEL (celui-ci peut être automatisé)		
Œil droit		
Œil gauche		
3 • VISION BINOCULAIRE		
Œil droit		
Œil gauche		

• - ♦ - •

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- > La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage.
- > La diplopie est une contre-indication relative.
- > La pratique de l'arbitrage est interdite dans les 3 mois après une chirurgie réfractive (motif : aggravation de la sensibilité à l'éblouissement)
- > Selon les résultats transmis, la commission médicale se réserve le droit de demander des examens complémentaires (autres spécialistes)

• - ♦ - •

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

Je soussigné(e), ophtalmologue à

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

- Présente, à ce jour, une absence de contre-indication ophtalmologique à la pratique de l'arbitrage.
- Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan ophtalmologique.

Préciser le motif :

DATE DE L'EXAMEN :

SIGNATURE et CACHET (obligatoire):