

**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 : ………………………………………………………………………………….……….

1. ANTECEDENTS MEDICAUX :
   1. **PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSEES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Général** | **Non** | **Oui, dans les**  **4 dernières semaines** | **Oui, il y a plus de**  **4 semaines** |
| Symptômes de la grippe |  |  |  |
| Infections (surtout virales) |  |  |  |
| Fièvre rhumatismale |  |  |  |
| Coups de chaleur |  |  |  |
| Commotion |  |  |  |
| Allergie nourriture/insectes |  |  |  |
| Allergie médicaments |  |  |  |
| **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 |  |  |  |
| Essoufflement |  |  |  |
| Souffle court |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Toux |  |  |  |
| Bronchite |  |  |  |
| Palpitations |  |  |  |
| Arythmie cardiaque |  |  |  |
| Autres problèmes cardiaques |  |  |  |
| Vertiges |  |  |  |
| Syncopes |  |  |  |
|  | **Non** | **Oui, dans les**  **4 dernières semaines** | **Oui, il y a plus de**  **4 semaines** |
| Hypertension |  |  |  |
| Souffle au cœur |  |  |  |
| Profil lipidique anormal |  |  |  |
| Crises, épilepsie |  |  |  |
| Conseillé d’arrêter le sport |  |  |  |
| Fatigué plus vite que coéquipiers |  |  |  |
| Diarrhées |  |  |  |

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

non père mère frère/sœur autre

Mort subite

Mort subite (infantile)

Maladie coronarienne

Cardiomyopathie

Hypertension

Syncope à répétition

Arythmie cardiaque

Transplantation cardiaque

Chirurgie cardiaque

Pacemaker/Défibrillateur

Syndrome de Marfan

Noyade inexpliquée

Accident de voiture inexpliqué

AVC

Diabète

Cancer

Autres (arthrite, etc.)

* 1. **PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS**

non oui

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Médicaments contre l’asthme

Médicament contre l’hypertension

Hypolipidémiant

Antidiabétique

Psychotrope

Autres

1. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

**Taille :** / \_/ \_/ / **cm Poids:** / \_/ \_/ / **kg BMI :** / // /,/ / /

Glande thyroïde :

**Nœud lymphatique/rate**

normal normal

anormal 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 Percussion

Si Anormal,

normale normale

anormale anormale

Précisez : ………………………………………………………………………………………………

Abdomen

Palpation

Si Anormal,

normale

anormale

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

1. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son

normal

anormal, précisez : dédoublement paradoxal

3e son 4e 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

* 1. **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 : ………………………………..…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

* 1. 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

1. **ECG DE STRESS (TEST D’EFFORT):**

Dernier Test d’Effort Effectuée le : / / / / / / / / / / /

Résumé de l’preuve 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.

1. AUTRES PATHOLOGIES :

Non : Oui :

**Si oui, précisez** :………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

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

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

1. **RESUME DE L’EVALUATION**

Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez :

Autres pathologies

Non oui, précisez :

**L’ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2024 - 2025**

**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 :